

สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร  
ประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

นางนิภา สุทธิพันธ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Competencies of Care Managers and Care Givers toward the Ability to Perform  
Activities of Daily Living among Older Person, Buri Ram Province**

**Mrs. Nipar Suttipun**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration  
School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

ชื่อและนามสกุล นางนิภา สุทธิพันธ์

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี  
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป

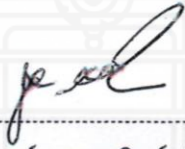
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2563

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



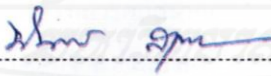
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นารัตน์ จิตรมนตรี)



กรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)



**ชื่อวิทยานิพนธ์** สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล ต่อความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

**ผู้วิจัย** นางนิภา สุทธิพันธ์ รหัสนักศึกษา 2605100623 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี

(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป **ปีการศึกษา** 2562

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม สุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบ่งชั้น ได้แก่ (1) ผู้จัดการดูแล 105 คน (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 114 และ (3) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล 160 คน เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มี 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามสมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล และแบบสนทนากลุ่ม ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีบาร์เคลเอดีแอล การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลปริมาณใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) สมรรถนะของผู้จัดการดูแลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และสมรรถนะของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับการดูแลจากผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยดัชนีบาร์เคลเอดีแอล 7.39 และภายหลังได้รับการดูแลจากทั้งสองกลุ่มดังกล่าว มีค่าเฉลี่ยดัชนีบาร์เคลเอดีแอล 11.86 และ 3) สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและสมรรถนะของผู้ดูแล ร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 12.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** สมรรถนะ ผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เคลเอดีแอล

**Thesis title:** Competencies of Care Managers and Care Givers toward the Ability to Perform Activities of Daily Living among Older Person, Buri Ram Province

**Researcher:** Nipar Suttipun ; **ID:** 2605100623 **Degree:** Master of Nursing **Science** (Nursing Administration) ; **Thesis advisors:** (1) Dr. Boontip Siritarungsri, Professor.; (2) Dr. Nantawon Suwonnaroop, Assistant Professor ; **Academic year:** 2019

### Abstract

The objectives of the mixed method research were: : 1) to explore the competency of care managers and care givers, 2) to assess the ability to perform activities of daily living (ADL) among the older persons, and 3) to study the predictive power of competency of care managers and care givers toward the ability to perform ADL among the older persons.

The samples were selected by the stratified sampling method. They were divided into three groups including the care mangers ( $N = 105$ ), the care givers ( $N = 114$ ), and the older persons ( $N = 160$ ). The research tools were developed by the researcher and consisted of two parts. The first part composed the questionnaire of management competency of care managers and care givers and focus group interviews; and the assessment form of the older persons' capabilities to perform ADL by using Barthel ADL index. The descriptive statistics and Multiple Regression Analysis (MRA) were used to analyze the quantitative data; while, the qualitative data were interpreted from the content analysis.

The research findings were as follows. Firstly, the average of the competency of care managers was at a high level and consistent with the data from the focus group interview. The care givers' competency had a high average and correlated with the data from the focus group interviews. Secondly, the older persons' capabilities performed by Barthel ADL scores before caring by the care managers and care givers were 7.39, and after caring from them were 11.86. Lastly, the competencies of the care managers and the care givers predicted the older persons' capabilities performed the ADL index by 12.70 percent with statistical significance at the level of .05.

**Keywords:** Competency, Care managers, Care givers ,Older persons, Barthel ADL

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลักศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิทธิรังศรี ที่ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ แนะนำ แก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนใส่ใจติดตามความก้าวหน้าตลอดระยะเวลาการทำวิจัย ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป อาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาตรวจสอบวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.นาริรัตน์ จิตรมนตรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรระ แสนไชยสุริยา นายแพทย์บุญแสง บุญอำนวยกิจ อาจารย์ ดร. ปณิตต์ บนขุนทด และ คุณบุศรา ศรีคำเวียง ที่ช่วยกรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำในการแก้ไข จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันเป็น ประโยชน์ต่อการวิจัย

งานวิจัยนี้จะสำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากทีมนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ คุณอชิพันธ์ ศิริธรรมภรณ์ คุณสุวิษ นันโซ คุณจุฬาลักษณ์ สายสุด คุณละออง เลี้ยวประโคน คุณกิตติศักดิ์ ประครองใจ คุณพุดิธร มาลาทอง คุณรัชดาพร นิตย์กระโทก คุณอัจฉรา ชำรงพร และคุณพรทิพย์ ศรีจุมพล ที่ทำหน้าที่ทีมผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวม บันทึก ข้อมูล และถอดเทปบันทึกเสียงจากการสนทนากลุ่มให้ ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ คุณวิไลพร คลีกร ที่เอื้อเฟื้อข้อมูล ประสานอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลให้ ขอขอบคุณ ผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดจนญาติที่ให้ข้อมูลในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบคุณสามีและบุตร ที่ให้กำลังใจ ส่งเสริม สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าของงานวิจัยนี้หวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

นิภา สุทธิพันธ์

มีนาคม 2563

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
สมมุติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	7
แนวคิดและนโยบายการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว .....	7
การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดบุรีรัมย์ .....	15
การเตรียมบุคลากรในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ .....	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	34
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	40

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	42
ตอนที่ 1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล .....	42
ตอนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล (ADL) .....	72
ตอนที่ 3 อำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ .....	78
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	79
สรุปการวิจัย .....	79
การอภิปรายผล .....	85
ข้อเสนอแนะ .....	90
บรรณานุกรม .....	92
ภาคผนวก .....	101
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย .....	102
ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	104
ค เอกสารจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	106
ง เครื่องมือการวิจัย .....	109
จ แนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) .....	128
ฉ การคำนวณขนาดของตัวอย่างสำหรับการศึกษาข้อมูลปริมาณ .....	132
ประวัติผู้วิจัย .....	136



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ.....	42
ตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ .....	45
ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยสมรรถนะรายด้านของผู้จัดการดูแล.....	48
ตารางที่ 4.4 สมรรถนะด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ผู้จัดการดูแล.....	49
ตารางที่ 4.5 สมรรถนะด้านการใช้ข้อมูลที่พบ ของผู้จัดการดูแล.....	50
ตารางที่ 4.6 สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ ของผู้จัดการดูแล.....	51
ตารางที่ 4.7 สมรรถนะด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพ ซับซ้อน ของผู้จัดการดูแล.....	52
ตารางที่ 4.8 สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ของผู้จัดการดูแล.....	53
ตารางที่ 4.9 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้จัดการดูแล.....	54
ตารางที่ 4.10 สมรรถนะด้านการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเฉพาะ โรค ของผู้จัดการดูแล.....	55
ตารางที่ 4.11 สมรรถนะด้านการประสานงาน ของผู้จัดการดูแล.....	56
ตารางที่ 4.12 สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่เลี้ยงในการ ปฏิบัติ ของผู้จัดการดูแล .....	57
ตารางที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยสมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล.....	61
ตารางที่ 4.14 สมรรถนะจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล ของ ผู้ดูแล.....	62
ตารางที่ 4.15 สมรรถนะด้านการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด ของผู้ดูแล .....	63
ตารางที่ 4.16 สมรรถนะด้านการสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล.....	64

## สารบัญตาราง(ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.17 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแล สภาพแวดล้อมของผู้ดูแล.....	65
ตารางที่ 4.18 สมรรถนะส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินตามระบบและวิธีการอย่าง ถูกต้อง ของผู้ดูแล .....	66
ตารางที่ 4.19 สมรรถนะจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ของผู้ดูแล .....	67
ตารางที่ 4.20 สมรรถนะในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล.....	67
ตารางที่ 4.21 สมรรถนะด้านการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล.....	68
ตารางที่ 4.22 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของ ผู้สูงอายุ.....	72
ตารางที่ 4.23 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) ของผู้สูงอายุ.....	74
ตารางที่ 4.24 แสดงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ.....	76
ตารางที่ 4.25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คดอยพหุคูณของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ .....	78



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	หน้า
		5



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาการวิจัย

จากการสำรวจประชากรไทยในปี 2560 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 67.6 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด (กฤษพงศ์ โนนไชสง, 2561) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้บ้างร้อยละ 85 และ ช่วยตนเองไม่ได้เลย ร้อยละ 15 ของประชากรผู้สูงอายุ และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ดลนayasa สุเวทย์เวทิน, 2560) อีก 30 ปีข้างหน้าคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 85 ปีขึ้นไป เพิ่มมากขึ้นเป็น 3 เท่าของปัจจุบัน ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลช่วยเหลือเป็นจำนวนมาก นอกจากจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2561) การที่ประชากรมีอายุมากขึ้น ส่งผลให้อัตราความชุกของโรคเรื้อรัง และความพิการที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Brodsky, Habib, Hirschfeld & Siegel, 2013) จากการที่ร่างกายเสื่อมถอยลง เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม (ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตตา สราวุฒิ บุญสุข และจินตนา พัฒนพงศธร, 2556 ; วิชัย เอกพลากร, 2559) จนทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Dependency) ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม

ประเทศที่พัฒนาแล้ว มีระบบประกันสุขภาพรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว (Long Term Care : LTC) โดยเฉพาะในยุโรปจะเป็นหน้าที่ของท้องถิ่นที่จัดการดูแล โดยผ่านระบบประกันสุขภาพ (Woo, 2010) จากการศึกษาวิจัยในเวสต์ พบว่าผู้ดูแลขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (Rochira, 2014 :14) ในอเมริกาศึกษาพบว่าความคาดหวังในชีวิตของผู้สูงอายุจะมีผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Wang, Kraemer, Hawkins & Wicker, 2018) นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศจีนพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแล (Yuan Fu, Guo, Bai & Chui, 2017) ในประเทศญี่ปุ่นใช้ระบบการบังคับประกันสุขภาพไว้ตั้งแต่อยู่ในวัยทำงานเพื่อการดูแลเมื่อสูงอายุ ซึ่งผลลัพธ์ของการดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นประเมินผู้ดูแลและความต้องการของผู้สูงอายุ (Campbel, Ikegami & Kwon, 2009)

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีนโยบายแผนด้านผู้สูงอายุเริ่มมีขึ้นเป็นรูปธรรมหลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2525 (ฉัตรสุมน พงคดิภิญโญ, 2558) โดยรัฐบาลในสมัยนั้นได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นเพื่อวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ

ฉบับที่ 1 ได้กำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ แต่พบว่าไม่มีแผนดำเนินการที่ชัดเจน (คณะกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, 2525) ต่อมารัฐบาลได้กำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) โดยได้กำหนดแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางจัดบริการดูแลผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพและด้านสังคม (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยในปี 2559 เริ่มใช้รูปแบบการดูแลโดยผู้ดูแล (Care giver : CG) ที่เป็นอาสาสมัครหรือญาติ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (2556) มีการควบคุมกำกับดูแลโดยผู้จัดการดูแล (Care manager : CM) ที่เป็นพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขและผ่านการอบรม Care manager ของกรมอนามัยเช่นเดียวกัน (กรมอนามัย, 2558)

หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (2558) ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรมให้ทั่วประเทศ มีสองกลุ่ม คือ ผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล เพื่อจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทดลองจัดการดูแลผู้สูงอายุทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2559 มีเป้าหมายการดูแลร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุ ใน 1,000 ตำบล ต่อมาปี 2560 เพิ่มเป็นร้อยละ 50 ใน 5,000 ตำบล และ ปี พ.ศ. 2561 ขยายการดูแลให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในทุกพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติมในการจัดบริการดูแล และได้จัดสรรงบประมาณผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และได้กำหนดตัวชี้วัดของแผนงานไว้ คือ อัตราผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Healthy Ageing) เพิ่มขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตามดัชนีบาร์เซล เอดีแอล (ADL) มากกว่า 12 คะแนน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน ได้จัดทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเมินผู้สูงอายุตามแบบ ADL โดย ผู้สูงอายุทั้งหมด 206,464 คน ได้รับการคัดกรอง 182,191 คน (ร้อยละ 86.51) จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม 179,055 คน (ร้อยละ 98.28) กลุ่มติดบ้าน 2,486 คน (ร้อยละ 1.36) และกลุ่มติดเตียง 6.50 คน (ร้อยละ 0.36) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2562) มี Care manager ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนสะสม ในปี 2559, 2560, 2561 และ 2562 จำนวน 70, 99, 268 และ 272 คน ตามลำดับ ครอบคลุมสถานบริการทุกระดับ และมี Care giver ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนสะสม ในปี 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 3,311, 3,311 และ 3,781 ตามลำดับ (สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ , 2562) ซึ่งผู้ดูแลจะดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้จัดการดูแลตาม Care plan ที่จัดทำไว้ โดยการควบคุมกำกับจากผู้จัดการดูแล ของหน่วยบริการสาธารณสุข การดูแลมุ่งเน้นด้านความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และผู้ดูแล จะต้องสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้ โดยได้รับคำตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในอัตราตามที่กำหนด ส่วนผู้จัดการดูแลมีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และต้องมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุตามที่สภาการพยาบาลประกาศไว้ (สภาการพยาบาล, 2552)

จากการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ 3 ปีที่ผ่านมา มีการประชุมและติดตามงานทุกไตรมาส ในเรื่องการคัดกรองผู้สูงอายุ การขยายงานและเบิกจ่ายงบประมาณ พบว่า การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลไม่ทันเวลา การทำงานของผู้ดูแลทั้งด้านสัดส่วนคนที่รับผิดชอบดูแลที่ไม่เท่ากันเทียมกัน ความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน (คณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวจังหวัดบุรีรัมย์, 2562) แต่ในจังหวัดบุรีรัมย์ยังไม่เคยมีรายงานสมรรถนะของผู้จัดการดูแลหรือผู้ดูแลที่มีผลต่อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังรับการดูแล จึงไม่มีข้อมูลการจัดการดูแลที่ผ่านมาว่า สมรรถนะทั้งของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลเป็นอย่างไร ควรปรับปรุงพัฒนาสมรรถนะด้านใด นอกจากนี้ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการอธิบายสมรรถนะในการดูแลและผลการดูแลที่น่าเชื่อถือพอที่นำมาปรับปรุงการจัดการการดูแลที่เหมาะสมกับพื้นที่ได้

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเพื่อนำมาเทียบเคียง มีเพียงรายงานประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 ของ ถนนมิตรภาพ ประสิทธิเมตตา และเพชรฯ ชวนะพันธ์ (2559) ที่ประเมินผลผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินเพียงร้อยละ 10 เฉพาะพื้นที่นาร่อง รวมทั้งการศึกษาของพิชิต สุขสบาย (2560) ที่ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทิมหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยประเมินการทำงานของทิมหมอครอบครัว และการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงหลังรับการดูแล และยศ วัชรคุปต์ วรรณภา คุณากรวงศ์ พธิษฐ์ พัจนา และสาวิณี สุริยันรัตกร (2561) ที่ได้วิเคราะห์ประสิทธิผลของการให้บริการการดูแลระยะยาว ในจังหวัดอุดรธานี และการประเมินผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบของผู้ดูแล โดย Gray, Hahn, Thapsuwan & Thongcharoenchupong (2016) แต่ก็ยังเป็นข้อมูลที่ไม่เพียงพอที่จะนำมาตอบปัญหาที่ต้องการทราบได้

โดยสรุป จากประเด็นปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่พึ่งพิง รวมทั้งการเพิ่มการผลิตผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล จำนวนมากขึ้นเพื่อไปดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพิง แต่จากการศึกษา พบว่า

การศึกษาสมรรถนะการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังมีจำนวนน้อย ที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เจตคติและทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษาสมรรถนะการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาบริการดูแลให้ดีขึ้นส่งผลถึงสุขภาพคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงได้ข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลที่เหมาะสม

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

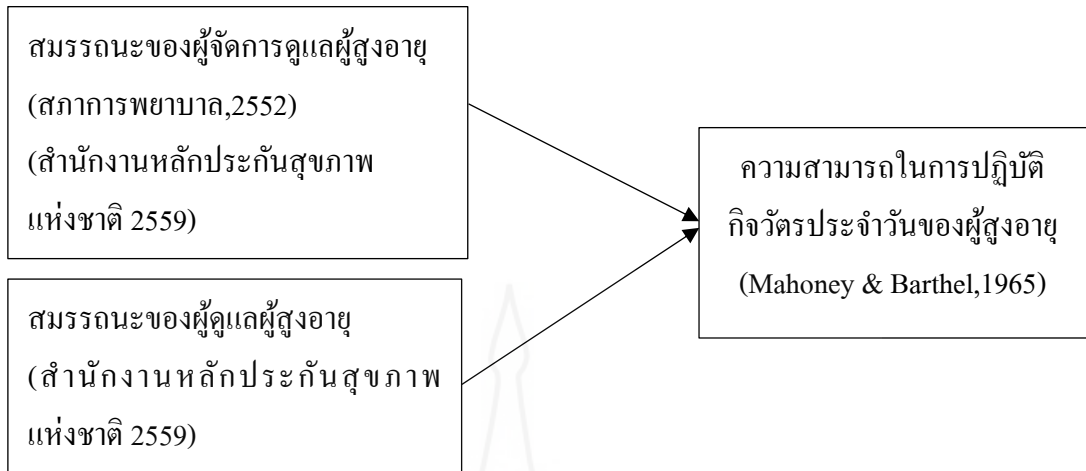
2.2 เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัด

บุรีรัมย์

2.3 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

## 3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม และเลือกแนวคิดต่างๆ มาใช้ โดยมีความเห็นว่าสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล (สภากาชาดไทย, 2552 และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Mahoney & Barthel, 1965) ซึ่งเป็นเกณฑ์การประเมินที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้อยู่ในปัจจุบัน



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. สมมุติฐานการวิจัย

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

#### 5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาเฉพาะสมรรถนะของผู้ให้บริการ คือผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผลลัพธ์ของการดูแล คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ (1) ผู้ให้บริการ ศึกษาเฉพาะผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัยและขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ปี 2559 – 2561 และ (2) ผู้รับบริการ ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียน และได้รับการดูแลจากหน่วยบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ปี 2559 - 2561 โดยทำการศึกษาในช่วงเดือน สิงหาคม 2562 - มกราคม 2563

#### 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้จัดการดูแล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่คัดกรอง จัดทำแผนการดูแล



ประสานท้องถิ่นในการของบประมาณ มอบหมายงานให้ผู้ดูแล ควบคุม กำกับ การดูแล ประสาน การดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และเครือข่าย เพื่อจัดการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบใน จังหวัดบุรีรัมย์

ผู้ดูแล หมายถึง อาสาสมัคร หรือญาติที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของ กรมอนามัย (2556) และได้รับมอบหมายจากผู้จัดการดูแลให้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในเขต รับผิดชอบ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วย Barthel ADL Index มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน แล้วจำเป็นเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ไม่สามารถช่วย ตัวเองได้ และกลุ่มติดบ้านที่ช่วยตนเองได้บ้าง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล

สมรรถนะการจัดการดูแล หมายถึง การรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้จัดการดูแลที่แสดงถึง การเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวกต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

สมรรถนะการดูแล หมายถึง การรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลที่แสดงถึงการเป็นผู้มี ความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติภารกิจประจำวันของ ผู้สูงอายุ โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (เช่น การตัดอาหารเองได้ ล้างหน้า แปรงฟัน ลุกจากที่นอน ใช้ห้องน้ำด้วยตัวเองได้)

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1. มีข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนพัฒนาการจัดการ ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

7.2. สามารถนำผลของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดบุรีรัมย์ในด้าน สมรรถนะของผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ที่ได้รับการดูแล มาปรับปรุงความสามารถใน การจัดบริการการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น ที่จะส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

7.3. ได้ข้อมูลระดับสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล มาจัดลำดับความสำคัญใน การพัฒนาสมรรถนะในประเด็นต่างๆ ให้ตรงกับความต้องการของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล และเพื่อ การยกระดับในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลอายุระยะยาวและการประเมินผล รวมทั้งวิเคราะห์การบริหารจัดการดูแลเบื้องต้นของจังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. แนวคิด และนโยบายการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
  - 1.1 แนวคิดการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
  - 1.2 นโยบาย การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
  - 1.3 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดบุรีรัมย์
  - 2.1 การจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุของจังหวัดบุรีรัมย์
  - 2.2 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดบุรีรัมย์
3. การเตรียมบุคลากรในการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
  - 3.1 ผู้จัดการดูแล (Care manager) และสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ
  - 3.2 ผู้ดูแล (Care giver) และสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ
  - 3.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและการประเมิน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดและนโยบายการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

##### 1.1 แนวคิดการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) เป็นการผสมผสานระหว่างการดูแลส่วนบุคคลการดูแลสุขภาพและบริการสังคมสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องในหน้าที่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน (Kane & Kane,1989) ผู้รับบริการการดูแลระยะยาว อาจอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยรวมกันเช่น บ้านพักคนชรา สถานที่อยู่อาศัยให้ความช่วยเหลือ บ้านอุปถัมภ์ ผู้ใหญ่หรือบ้านคณะกรรมการดูแล แต่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านของตัวเอง สำหรับโครงการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นการดูแลช่วงกลางวันสำหรับผู้ใหญ่ จัดส่งอาหารถึงบ้าน การช่วยเหลือ

ฉุกเฉิน และการปรับปรุงบ้าน การดูแลระยะยาว อาจถูกดูแลโดยคนดูแลที่ได้รับค่าจ้าง ครอบครัว และเพื่อน โดยสมัครใจดูแล ความต้องการ การดูแลระยะยาวนั้นประเมินโดยการประเมินความสามารถของบุคคลในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การนอน และลุกออกจากเตียง การรับประทานอาหาร การปฏิบัติงานในครัวเรือนและอื่น ๆ รวมถึงการทำความสะอาด การทำอาหาร การจัดการเงิน และการช่วยในการเคลื่อนไหว บริการดูแลระยะยาว ต้องตรงกับความต้องการ ความต้องการที่วัดได้จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความบกพร่องอื่นๆ ผู้รับบริการดูแลระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่มีความพิการทางร่างกายที่มีภาวะต่างๆ เช่น เส้นโลหิตตีบ การบาดเจ็บไขสันหลัง การบาดเจ็บที่ศีรษะและมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องระยะสุดท้าย (เอดส์) ทุกคนที่ต้องการรับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป้าหมายของการดูแลระยะยาว (Kane, 1995) อาจหลากหลายและมักจะคลุมเครือ เป้าหมายนี้รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการปรับปรุงความสามารถใช้ชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือตนเองของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม แต่บ่อยครั้งเป้าหมายที่เหมาะสมที่สุดคือการทำให้ผู้รับบริการสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่สุดเท่าที่จะทำได้จากความบกพร่องความสามารถในการใช้ชีวิตในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งผู้ดูแลจะให้บริการดูแลระยะยาว เช่น การช่วยเหลือการอาบน้ำ การปรุงอาหาร หรือการผสมผสานบริการ นอกจากนี้เป้าหมายที่ต้องมีคือ ผู้รับบริการการดูแลระยะยาวต้องพึงพอใจ ทำคะแนนการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น ความเป็นอยู่ที่ดี และการปรับตัวทางสังคมในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี 1990 - 2000 มีความพยายามในการกำหนดประเด็นทางจริยธรรมที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว มีกองทุนการดูแลระยะยาวที่ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน การจัดการดูแลจะเป็นหน้าที่ของแต่ละรัฐ จะจ่ายเงินทุนส่วนใหญ่ในการดูแลในบ้านพักคนชรา ต่อมาได้ขยายบริการเป็นบริการที่บ้าน และที่ชุมชน เน้นองค์ประกอบ 3 ประการ (Kane, 1995) ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับการช่วยเหลือ 2) การส่งเสริมวิธีการดูแลเอาใจใส่ที่ดี และ 3) การเข้าถึงบริการดูแลระยะยาว ในฐานะสิทธิของพลเมือง ผู้รับบริการสนใจสถานพยาบาลที่ดีที่สุดในใกล้ที่อยู่อาศัย การดูแลที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญกับแนวทางของบริการมากที่สุด มีการจัดหาเงินทุนสำหรับบริการโดยตรงโดยอบรมคนดูแล ให้มีคุณภาพในการดูแล ดูแลนอกสถานพยาบาล เนื่องจากการดูแลที่บ้านมีค่าจ้างจำนวนมาก จึงเป็นบทบาทของครอบครัวในการดูแลระยะยาวในการดูแลที่บ้าน มีการฝึกอบรมแก่สมาชิกสมาชิกในครอบครัวซึ่งคาดว่าจะดูแลได้ แต่ในทางปฏิบัติการให้บริการดูแลระยะยาว จะมีผู้จัดการดูแลที่ประสานงาน และจัดสรรการดูแลให้การดูแลอย่างมีจริยธรรม มีความสามารถ จรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีผู้ปฏิบัติดูแลของการดูแลระยะยาว คือผู้ช่วยด้านการพยาบาล ผู้ช่วย

ด้านสุขภาพที่บ้าน แม่บ้านที่ทำงานบ้าน และผู้ดูแลส่วนตัว มีความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาว โดยจะทำการแก้ปัญหาอย่างอิสระ แต่ก็มีข้อจำกัดของทรัพยากร การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำ

แนวคิดในการจัดระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ นั้น ภาครัฐมีบทบาทในระดับต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551) การจัดบริการมีความครอบคลุมทั้งความต้องการการดูแลส่วนบุคคลและความเป็นอยู่ทั้งในสถานบริการและในชุมชนสิทธิประโยชน์อาจอยู่ในรูปแบบของเงินอุดหนุนทั้งการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการเงินแหล่งที่มาของการเงินการคลังของระบบประกอบด้วยภาษีทั่วไป การจ่ายเงินสมทบจากสามฝ่าย และจากผู้ใช้บริการ การควบคุมค่าใช้จ่ายที่พบบ่อย คือ การจ่ายร่วม ด้านการบริหารจัดการมีการกำหนดการได้รับสิทธิจากการประเมินภาวะพึ่งพิงร่วมกับระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ด้านการช่วยเหลือครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการสนับสนุน การให้เงินช่วยเหลือครอบครัว การลดหย่อนภาษีให้กับครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิง การให้สิทธิทดแทนการออกจากงานและสิทธิในการรับบำนาญขั้นพื้นฐาน

ในประเทศไทย มีแนวคิดในการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวคล้ายกับต่างประเทศ เป็นการจัดการดูแลด้านบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ คือบุคลากรดูแลด้านสาธารณสุขและสังคม และรูปแบบไม่เป็นทางการ คือดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร ญาติ และเพื่อนบ้าน ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) เพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทั้งประเทศ โดยให้ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

แนวคิดการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นการพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมไทยที่มีในการดูแลช่วยเหลือกัน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่และสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน

หลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและฟื้นฟูสภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) มีทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ เช่น อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนบ้านครอบครัว เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือรวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในพื้นที่ มีการสำรวจผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ เพื่อจำแนกออกเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงนำมาจำแนกย่อยเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/ การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย และ 2) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (กรมอนามัย, 2557) โดยผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (LTC Manager) จะประเมินผู้สูงอายุแต่ละรายว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขด้านใดและจัดการดูแลให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นและทำการติดตามประเมินซ้ำเป็นระยะเพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลง นำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลประชุมร่วมกับภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ วางแผนการดูแลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย รวมถึงกำหนดบทบาทของภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ในการสนับสนุนและการดูแลช่วยเหลือ ภายใต้แนวคิดการจัดการดูแล ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้ หรือเรียกว่าติดเตียง มุ่งเน้นการฟื้นฟูป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา การดูแลด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง เรียกว่าติดบ้าน มุ่งเน้นการฟื้นฟูป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระในการดูแลในระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

## 1.2 นโยบาย การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สหประชาชาติ ได้กำหนดผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี รวมทั้งประเทศไทยด้วย ได้จัดแบ่งสังคมผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ (ชโสรธ ตูทองคำ, 2561) ประกอบด้วย (1) ระดับสังคมที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) คือ ประเทศที่มีประชากรในสังคมมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดหรือมีประชากรในสังคมมีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือ ประเทศที่มีประชากรในสังคมมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรในสังคมมีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) คือ ประเทศที่มีประชากรในสังคมมีอายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรในสังคมมีอายุมากกว่า 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่

ภาวะของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) โดยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี 1970 (Creedy, 2003, p.1)

ดังนั้น เพื่อที่จะรับมือกับสถานการณ์ของประเทศ ที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุจำนวนมาก นโยบายของรัฐทุกด้านจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมการเมืองและการคลังของประเทศ มีการนำระบบการประกันการดูแลระยะยาว (long-term care insurance) มาใช้ตั้งแต่ปี 2000 (ฉันทวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2556) มีเป้าหมายการดูแลระยะยาว เพื่อลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโดยการนำระบบประกันสังคมสาธารณะสำหรับการดูแลระยะยาวซึ่งจะทำให้ระบบการดูแลได้กว้างขวางและครอบคลุมยิ่งขึ้น สร้างกลไกการจ่ายรวมสำหรับระบบประกันการดูแลระยะยาวโดยมาจากเงินภาษีค่าประกัน (insurance premiums) และร่วมจ่าย สร้างระบบซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลรักษาและการบริการสังคมแต่ยังคงแยกกองทุนเพื่อที่ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างบูรณาการ ลดจำนวนผู้สูงอายุที่พำนักระยะยาวในโรงพยาบาล ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการโดยไม่ต้องมีข้อจำกัดเรื่องของรายได้และสถานการณ์ภายในครอบครัว ผู้สูงอายุมีเสรีภาพในการเลือกบริการโดยให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการตามระบบดูแลระยะยาวอันจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก และการแข่งขันยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพอีกด้วย ซึ่งรัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดแนวทางการประกันการดูแลระยะยาว 3 ประการ ดังนี้ 1) ผู้รับประกันตามระบบประกันการดูแลระยะยาวนี้ เทศบาลจะเป็นผู้รับประกันโดยบริการการดูแลระยะยาว จะกำหนดสิทธิประโยชน์ตามระดับของเงินประกันที่จ่าย 2) ผู้เอาประกันประชากรชาวญี่ปุ่นที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะต้องเข้าร่วมในระบบนี้ โดยผู้เอาประกันแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มที่มีอายุ 40-64 ปี โดยผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีสิทธิขึ้นขอรับสิทธิประโยชน์ทุกคนหากผ่านการประเมินให้ได้รับสิทธิ และผู้มีอายุ 40-64 ปี จะได้รับสิทธิประโยชน์ก็ต่อเมื่อถูกประเมินและรับรองว่าควรได้รับสิทธิประโยชน์ในกรณีที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ และ 3) การยื่นขอรับสิทธิประโยชน์จากกองทุนเมื่อผู้เอาประกันมีอาการเจ็บป่วยหรือต้องการการดูแลระยะยาวจะต้องผ่านการประเมินและการรับรองก่อน โดยมีเจ้าหน้าที่ของเทศบาลออกไปเยี่ยมบ้านของผู้เอาประกันที่ขึ้นคำร้องนำข้อมูลผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการรับรองการได้รับสิทธิประโยชน์ (สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, 2558)

นโยบายการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทย ประเทศไทยให้การรับรองสิทธิของผู้สูงอายุและนำมาสู่การกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับแรกที่กำหนดเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในหมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายแห่งรัฐมาตรา 81 ที่ระบุว่า รัฐพึงช่วยเหลือ และ สงเคราะห์ผู้สูงอายุ และ ผู้พิการให้มีสุขภาพ กำลังใจ และความหวังในชีวิตเพื่อสามารถดำรงตนอยู่ได้ตามสมควร (กรมกิจการผู้สูงอายุ,

2558) นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มีบทบัญญัติในมาตราที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญ ประกอบด้วย 54 มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค ย่อมได้รับความคุ้มครอง มาตรา 48 วรรค 2 บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี และ ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมได้รับสิทธิ ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ และมีมาตราอื่นที่เกี่ยวข้องอีกหลายมาตราที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งความเสมอภาค สิทธิบุคคลหรือสิทธิชุมชนสิทธิการมีส่วนร่วม คุณภาพชีวิต การศึกษา การบริการสาธารณสุข สวัสดิการชุมชน

รัฐบาลได้กำหนดแผนงานการจัดการดูแลผู้สูงอายุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขไว้ (สำนักนโยบายและแผน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยในปี 2559 รัฐบาลได้มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องมาอยู่ในภาวะพึ่งพิงและทำอย่างไรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้ได้รับการดูแล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ดังนั้นรัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณจ่ายรายหัวเพิ่มเติมจากปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นพิเศษ เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อจ่ายเป็นค่าจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมเสริมป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการโดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จะได้รับการดูแลจากหน่วยบริการสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมเอื้ออาทร สร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ควบคู่กับการพัฒนา ทิมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เป็นหลักชัยของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จากนโยบายของรัฐบาลดังกล่าวข้างต้นนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะโอนเงินงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรเพิ่มเติมให้ผ่านไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุซึ่งในแผนงานบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน ระบุการดูแล 2 ด้าน คือ 1) บริการด้านสาธารณสุข เป็นบริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์อื่นๆ หรือตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับพื้นที่ กำหนดเพิ่มเติม และ 2) บริการด้านสังคม เป็นการช่วยเหลือใน

ชีวิตประจำวัน เป็นบริการช่วยเหลืองานบ้าน การประกอบอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้จัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีผู้จัดการดูแลประจำศูนย์ (Care manager) ที่เป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมหลักสูตร Care manager ของกรมอนามัย (2558) จัดทำข้อมูล วางแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เป็นรายคน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณการดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่บริหารจัดการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดบริการเชิงรุกที่บ้าน อบรมผู้ดูแล (Care giver) ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยใช้หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (2556) ซึ่งผู้ดูแล มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้จัดการดูแล กำหนดให้ ผู้ดูแล 1 คน ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เกิน 10 คน ได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่ควบคุมกำกับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้จัดการดูแล 1 คน จะควบคุมกำกับผู้ดูแล 5 -10 คน

### 1.3 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เป้าหมายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีทั้งเป้าหมายด้านปัจเจกบุคคล และเป้าหมายด้านสังคม ดังนี้

**1.3.1 เป้าหมายระดับปัจเจกบุคคลของการดูแลที่บ้าน (Individual-level goals of home care)** ประกอบด้วย (Kane ,1999) 10 ข้อ ได้แก่ 1) สุขภาพดีขึ้นไม่แย่ลง 2) อาการปวดหาย รู้สึกดีขึ้น 3) สมรรถนะร่างกายดีขึ้น ชะลอการถดถอย 4) ความรู้ ทักษะการดูแลตนเองดีขึ้น 5) ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น 6) สุขภาพจิตดีขึ้นและไม่ซึมเศร้า 7) สถานภาพในสังคมดีขึ้น มีส่วนร่วมในกิจกรรม มีบทบาทในครอบครัว ชุมชน มีงานอดิเรก มีอาชีพ ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น 8) อยู่อย่างมีความหวัง 9) ช่วยเหลือตนเองได้ มีอิสระในการตัดสินใจ 10) อาศัยอยู่ในบ้านตนเอง

**1.3.2 เป้าหมายระดับชุมชนและสังคม** ประกอบด้วย 6 ประการ ได้แก่ 1) มีบริการดูแลที่บ้านในชุมชนทุกพื้นที่ 2) ระยะเวลาการรอคิวในการรับบริการต้องสั้นที่สุด 3) ผู้มีแนวโน้มว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมาย ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ 4) บริการมีคุณภาพมาตรฐาน 5) ค่าใช้จ่ายในการรับบริการอยู่ในวิสัยที่จ่ายได้ และ 6) ภาครัฐกระจายการบริการดูแลที่บ้านอย่างเป็นธรรม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2559)



กรมอนามัย (2557) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2559) ได้กำหนดตัวชี้วัด เฉพาะในด้านผลผลิตและผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นตัวชี้วัดหรือผลผลิตในภาพรวม และผลลัพธ์เฉพาะด้านผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญ คือการทำให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และการทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นการแกล้งหรือครอบครัวยาก ตัวชี้วัดหน่วยงานที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องประเมิน ดังนี้

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
2. สัดส่วนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
3. ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ คือ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ระดับคะแนน ADL) ดีขึ้น จากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม ซึ่งหน่วยบริการจะต้องมีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

กรมอนามัย (2557) ได้กำหนดมาตรฐานผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
2. มีพื้นที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ชี่ โดยมีพื้นที่ 4 คู่อบ
3. มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ / หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. สามารถช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้ตามอัธยาศัย
5. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

นอกจากนี้ กรมอนามัย (2560) ได้มีนโยบายในการป้องกันโรคอัลสึมองเสื่อมเพิ่มขึ้น จากการที่องค์การโรคอัลสึมองระหว่างประเทศ (Alzheimer's Disease International : ADI) ได้ประเมินว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 35 ล้านคน อยู่ในเอเชียอาคเนย์ 2.4 ล้านคน ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี 2557 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (กรมอนามัย , 2560) พบว่ามีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 พบในผู้สูงอายุชายร้อยละ 6.8 หญิงร้อยละ 9.2 เท่ากับผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ทุกๆ 12 คน จะพบเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน กรมอนามัยจึงให้มีการส่งเสริมสุขภาพแก้ไขปัญหสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ได้แก่

1. Smart Walk ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที

2. Smart Brain & Emotional ดูแลฝึกทักษะทางสมอง ส่งเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ วรรณคดีพฤติกรรมกรไม่สูบบุหรี่

3 Smart Sleep คือ นอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง

4. Smart Eat กินอาหารตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ เลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลาทะเล ซึ่งมีกรดโอเมก้า 3 สูง ช่วยบำรุงประสาท สายตา และสมอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ

## 2. การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดบุรีรัมย์

### 2.1 จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุของจังหวัดบุรีรัมย์

จังหวัดบุรีรัมย์ ได้สนองตอบนโยบายของรัฐบาลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาว โดยใช้รูปแบบการการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และกรมอนามัยกำหนดกำหนด ระยะแรกทดลองนำร่องในร้อยละ 10 ของตำบลในปี 2559 ขยายเป็นร้อยละ 50 ในปี 2560 และในปี 2561 ได้ขยายการจัดบริการบริการทั้งจังหวัด แต่การจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาว ก็ยังไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2462) จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (2562) ในปี 2560 มีประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 14.41 ของประชากรทั้งหมด ปี 2561 มี ร้อยละ 14.86 ของประชากรทั้งหมด และ ปี 2562 มีร้อยละ 13.87 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้สำรวจ เพื่อแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ โดยใช้การประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living: ADL ; กรมอนามัย , 2557) ทุกปี ปัจจุบันมีผู้สูงที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง เพิ่มขึ้นจำนวน จำนวน 5332 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2562) ได้มีการจำแนกผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพิ่มเติมโดยใช้เครื่องมือ Typology of Aged with Illustration: TAI (Takahashi, 2012 ; กรมอนามัย, 2558) ในการวัดความสามารถในการทำกิจกรรม (Function) ของผู้สูงอายุโดยวัดใน 4 Functions ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนที่ (Motility) 2) ด้านจิตใจและสติปัญญา (Mental) 3) ด้านการกินอาหาร (Eating) และ 4) ด้านการขับถ่าย (Toilet) จำแนกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อนำมาวางแผนการดูแลและจัดทำ Care plan ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดบ้านที่ไม่มีการสับสน แต่มีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย มีจำนวน 2953 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้านที่มีการสับสน และมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย มีจำนวน 1092 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่ม

ติดเตียงที่ไม่มีการสับสน แต่มีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย มีจำนวน 954 คน และ กลุ่มที่ 4 กลุ่มติดเตียงที่มีการสับสน และมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย มีจำนวน 333 คน อย่างไรก็ตามในปี 2561 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 3,136 จำนวน ซึ่งหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้จัดทำ Care plan ในการดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อเสนอคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำลงพิจารณาอนุมัติ และส่งของประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดบริการดูแล เฉลี่ยรายละ 5,000 ต่อปีอย่างต่อเนื่อง

หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ประสานการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ที่มีทั้งหมด 208 แห่ง ซึ่งในปี 2559 สามารถจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุได้ 50 ตำบล ปี 2560 จัดบริการเพิ่มขึ้นอีก 102 แห่ง ปี 2561 สามารถจัดบริการเพิ่มขึ้นอีก 51 แห่ง และปี 2562 จัดบริการได้เพิ่มอีก 2 แห่ง รวมทั้งหมดที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถร่วมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ได้ 206 แห่ง ยังคงมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง ที่ยังไม่ร่วมจัดบริการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2562) ในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุได้ยึดแนวทางการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และ กรมอนามัย (2556) เป็นการจัดการสาธารณสุข และ สังคม เพื่อบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ มีบริการสังคมที่เน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจังหวัดบุรีรัมย์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2560) เพื่อกำหนดแนวทางการจัดการดูแลควบคุมกำกับ ติดตามงาน กำหนดรูปแบบในการจัดการดูแล โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว จัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชน ให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแลจะมีการดูแลช่วยเหลือให้การดูแลตามศักยภาพของครอบครัวและระดับการพึ่งพิง มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแล และมีผู้จัดการดูแลทำหน้าที่วางแผนการดูแล ควบคุมกำกับ ติดตามการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และประสานการจัดการดูแลกับ อปท. เพื่อสนับสนุนงบประมาณการจัดการดูแล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2560)

## 2.2 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการดำเนินงานการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดบุรีรัมย์มีการรายงานเพียงผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเป้าหมายตาม โครงสร้างที่กำหนดเพื่อการติดตามงานและตอบ ตัวชี้วัดด้านผลผลิตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) และ กรมอนามัย (2557) ที่ กำหนดไว้เท่านั้น เป็นผลผลิตในภาพรวมและผลลัพธ์เฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแล มีผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 91.03 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง จำนวน 5332 คน หรือร้อยละ 2.56 ของผู้สูงอายุที่คัดกรองได้ สัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวน ผู้สูงอายุเป้าหมายทั้งหมด โดยผู้ดูแล 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 คน โดยเฉลี่ย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2562) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการ ดูแลรายบุคคล ร้อยละ 89.65 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ระดับคะแนน ADL) ดี ขึ้น โดยกลุ่มติดบ้านดูแลแล้วเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 5.5 ส่วนกลุ่มติดเตียงดูแลแล้ว เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 26.34 และเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 4.02 อย่างไรก็ตาม ใน การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวระดับพื้นที่นั้น นอกจากจะ ประเมินผลผู้ได้รับการดูแลแล้ว ควรต้องประเมินผลสมรรถนะ หรือความสามารถของผู้จัดการดูแล ที่ทำหน้าที่ วางแผน ประสานการดูแล ติดตาม ควบคุม และ กำกับการดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะ ของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่จะส่งผลลัพธ์ไปยังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแล ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

## 3. การเตรียมบุคลากรในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

### 3.1 ผู้จัดการดูแล (Care manager) และสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการ ด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) โดยการจัดทำ care plan ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี Care giver รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีที่ เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม care plan โดยผู้จัดการดูแล 1 คน จะควบคุมกำกับผู้ดูแล 5 - 10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35 - 40 คน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้อบรมผู้จัดการดูแล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขบางส่วนของหน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ ใน

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกรมอนามัยเป็นผู้จัดการอบรม จนถึงปัจจุบันมี ผู้จัดการดูแลที่ยังปฏิบัติหน้าที่อยู่จำนวน 272 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2562)

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล ดังนี้ (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1. ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอ็ดแอล และประเมินคัดกรองด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล care plan, weekly plan
4. จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายการกรณี (care conference)
5. เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตาม care plan
6. พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
7. บริหารจัดการ กำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแล ให้เป็นไปตาม care plan
8. การประเมินและทบทวน care plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

เพื่อให้ผลของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้จัดการดูแลควรมีสมรรถนะที่ดีในการจัดการดูแล ซึ่ง ผู้วิจัยได้ทบทวนสมรรถนะของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

สภาการพยาบาล (2552) ได้กำหนดขอบเขต และ สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล เฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (care management) 2) มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) 3) มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration) 4) มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) 5) มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) 6) มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) 7) มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making) 8) มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) และ 9) มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการจำนวนหนึ่ง ได้กำหนดบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของพยาบาลไว้ อาทิ นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2558) ได้เสนอสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2) มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ 3) มีความสามารถในการประเมินสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะผิดปกติ 4) มีความคิดริเริ่มในการทำกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 5) มีความสามารถในการสอนจูงใจและทักษะการให้คำปรึกษา 6) มีการสังเกตที่ดีสามารถแยกแยะความผิดปกติได้ 7) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสามารถติดต่อประสานงานกับผู้สูงอายุ ครอบครัวและสหวิชาชีพ 8) มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุตามหน้าที่ เป็นความสามารถหรือบทบาทที่เฉพาะเจาะจงงานบางประเภทในหน่วยงาน ปาณิสรา บุญรัตน์กลิ่น (2561) สรุปว่า พยาบาลมีบทบาทในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนระยะยาว ตามสมรรถนะของพยาบาลดังนี้ 1) ประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง 2) การจัดการโรคที่เหมาะสมและประเมินผลการดูแล 3) ให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้การปรึกษา 4) บริหารจัดการดูแล ประสานงานผู้ร่วมมือในการทำงาน และ 5) การเป็นผู้นำและผู้วิจัย กิตติพร เนาว่าสุวรรณ ประไพพิศ สิงหเสม และวัลลภ นาคศรีสงฆ์ (2017) ได้สรุปสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ คือ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม 2) สมรรถนะด้านการพยาบาลแบบองค์รวม 3) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 4) สมรรถนะด้านการจัดการดูแลรายกรณี 5) มีสมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ 6) สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 2) ด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 3) ด้านการประสานงาน 4) ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ 5) ด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย 6) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 7) ด้านมีการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 8) ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 9) ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์

### 3.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ

กรมอนามัย (2559) ได้กำหนดว่าเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ระยะยาว โดยอบรมอย่างน้อย 70 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติ หรือเพื่อนบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลจะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้จัดการดูแล ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่จัดทำไว้ โดยการควบคุมกำกับจากผู้จัดการดูแลของหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์มี ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตาม

หลักสูตรที่กำหนด ตั้งแต่ ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน ที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3,451 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ , 2562)

บทบาทหน้าที่ของ ผู้ดูแล ตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ดังนี้

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
  2. สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
  3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
  4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
  5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียม ปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
  6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
  7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง
  8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ
- ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ดูแลที่ได้รับมอบให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ ตามที่กำหนดไว้ เช่น ความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความสามารถในการสังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การเขียนรายงานการปฏิบัติงาน ความสามารถในการประกอบอาหาร การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ การ ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย และความสามารถในการจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีสมรรถนะการดูแลก็จะส่งผลต่อสภาวะและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

### 3.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและการประเมิน

เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆที่จำเป็นด้วยตัวเอง เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมารुकนึ่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งหน่วยบริการสาธารณสุขจะทำการประเมินผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบทุกปี โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living) (Mahoney & Barthel ,1965) เป็นการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) กำหนดคะแนนเต็มในการประเมิน 20 คะแนน ประเมินผู้สูงอายุใน 10 ข้อ แล้วนำมาจัดกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวม ADL รวมอยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

## 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชญญา มณีวรรณ วันเพ็ญ แก้วปาน จุฑาธิป ศิลบุตร และ สุทธิพร มูลศาสตร์ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 195 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในจังหวัดชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และ นครราชสีมา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการการดูแลระยะยาวระดับสูง ร้อยละ 79.1 สมรรถนะในการปฏิบัติงานตามบทบาท ( $\beta = 0.308$ ) แรงจูงใจในการ



ปฏิบัติงาน ( $\beta = 0.364$ ) การสนับสนุนจากองค์กร ( $\beta = 0.262$ ) สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการการดูแลระยะยาว ได้ร้อยละ 58.0 ( $R^2_{adj} = 0.580, p\text{-value} < 0.001$ )

จันทิมา บันลือฤทธิ์ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 286 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และไคว-สแควร์ พบว่า (1) สมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง (2) สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (3) ปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=.000$ ) สมรรถนะการคิดเชิงวิเคราะห์/ความถนัดการทำวิจัยและการดูแลที่สำคัญมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งงาน ( $p\text{-value} = .009$  และ  $.036$ ) (4) ปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=.001$ ) ส่วนอายุและตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะรายด้าน ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ( $p\text{-value}=.000, .021$ ) การวางแผนการจำหน่าย ( $p\text{-value} = .020, .000$ ) และการประสานงานกับสหวิชาชีพ ( $p\text{-value}=.027$ ) และพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ตำแหน่งงานและขนาดของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับความเจ็บป่วย ( $p\text{-value} = .032, .004, .007$ )

จรัส ประสิ้ว และ วิสุทธิ์ สุกรินทร์ (2560) ได้พัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี โดยการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะแล้วใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะและประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ใช้แบบสอบถามตัวชี้วัดสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 3 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย คือ (1) การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมี 3 องค์ประกอบย่อย (2) การบริหารจัดการมี 4 องค์ประกอบย่อย และ (3) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ มี 5 องค์ประกอบย่อย แบบประเมินความรู้ทัศนคติ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และประเมินความพึงพอใจ พบว่าตัวชี้วัดสมรรถนะ ของผู้จัดการระบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก และ 12 องค์ประกอบย่อย มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับมากทุกตัวชี้วัด ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวชี้วัดสมรรถนะ ของผู้จัดการระบบระบบการดูแลระยะยาวด้าน

สาขารณสุขมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า Chi-square 50.56 ( $p$ -value = 0.062) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index) เท่ากับ 0.986 และค่าวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (adjusted goodness of fit index) เท่ากับ 0.961 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของผู้จัดการระบบการฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯ ที่มีองค์ประกอบหลักคือ การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ การบริหารจัดการ การวางแผนกลยุทธ์ ทำให้จัดระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ธีรรัตน์ บุญกฤษ ประณี ไพบาลทักษิณ อุษณีย์ วรรณาลัย ปิยธิดา จุลละปีย์ และกรรณิการ์ กองบุญเกิด (2559) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตติยภูมิตามมุมมองของพยาบาลเป็นวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษามุมมองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยและ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่มจากพยาบาลวิชาชีพทั้งระดับ บริหารและปฏิบัติการจากหอผู้ป่วยต่าง ๆ จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความสัมพันธ์และเชื่อมโยง ข้อมูลต่างๆจากบันทึกเนื้อหาชนิดคำต่อคำจากการสนทนากลุ่ม และสร้างเป็นข้อสรุป พบว่าในมุมมองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับตติยภูมิ พบประเด็นเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ 2 ประเด็นคือ 1) นโยบายขององค์กรในการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เป็น ผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นนโยบายที่จะเน้นการให้บริการผู้สูงอายุ แบบรวดเร็วหรือจุดเดียว เช่น คลินิกบริการ สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ 2) สมรรถนะของพยาบาลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การประเมิน สภาพและปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุ จะช่วยการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม

บุญธรรม บุญนิล และ พิษณุ จินใจเย็น (2560) ศึกษาสมรรถนะด้านการประเมิน การจัดการปัญหา และการประสานงานของบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุติดเตียง เขตพื้นที่อำเภอจาง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่อยู่ในทีมหมอกรอบครัว จำนวน 65 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า สมรรถนะด้านการประเมินการจัดการปัญหา และการประสานงานของทีมหมอกรอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงประเด็นเรื่องสมรรถนะของการประสานกับหน่วยงานระดับจังหวัดในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ( $\bar{x}$  =2.26,SD=0.75) สมรรถนะด้านการประเมินปัญหาและความเสี่ยงของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงการประเมินเรื่องซัก เกร็ง กระตุกที่อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ( $\bar{x}$  =2.38 ,SD=0.74)

ชญาบุช คุ้มโสม สุณีย์ ลางามพันธ์ และ เพลินพิศ บุญญามาติก (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว: จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวและปัจจัยที่มีอิทธิพล ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอิสระจำนวน 120 คนได้รับการสุ่มเลือกจากพื้นที่นำร่อง 23 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลประชากรและตัวแปรการศึกษารวบรวมจากแบบสอบถามสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาของ McLeroy วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลที่ดีอยู่ในระดับดี (98.33%) เมื่อพิจารณาในแต่ละมิติพบว่าการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือการป้องกันอุบัติเหตุ ( $\bar{X} = 9.03$ , S.D. = 0.85) การปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือการดูแลสุขภาพจิต ( $\bar{X} = 7.97$ , S.D. = 1.37) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวอาชีพเกษตรกรรม การยอมรับจากชุมชน เพศหญิง การกำกับดูแลจากผู้จัดการดูแล ความรู้และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่พึงพา ปัจจัยทั้งหมดเหล่านี้สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา 64.8% ( $R^2 = .648$ ,  $p < .001$ )

กุลวิณัฏ วุฒิกร บรรพต วิรุณราช และ อิศระ สุวรรณบถ (2561) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาความสามารถสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อ (1) ศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (2) ศึกษาระดับสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า 1. องค์ประกอบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุมี 3 ส่วนคือ สมรรถนะหลักประกอบด้วย บริการด้านจิตใจ, คุณธรรมจริยธรรม, ความรู้ทางเทคนิค, แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมและความคิดสร้างสรรค์ สมรรถนะในการปฏิบัติงานประกอบด้วย ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย การบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ความรับผิดชอบในการทำงานและความสามารถในการจัดการเลือดและร่างกาย และสมรรถนะการบริหารจัดการประกอบด้วย การแก้ปัญหา การตัดสินใจ ความเป็นผู้นำ และความสามารถในการจัดการ 2. สมรรถนะโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ศศิธร สุขจิตต์ จงรัก ดวงทอง พงษ์ศักดิ์ อ้นมอยและ วรวิภา ชูวะคำ (2562) ศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ จำนวน 162 คน การสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอล (snowball sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 มีอายุเฉลี่ย  $45.49 \pm 12.4$  ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.1

ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเป็นบุตร ร้อยละ 61.7 ผู้ดูแลมีระดับความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.40 มีการรับรู้พลังอำนาจตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.64 จากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านศักยภาพของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.20 ด้านการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.08 และด้านปัจจัยแวดล้อมของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.01

ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตตา และเพชร ชวนะพันธุ์ (2559) ได้ศึกษาประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อประเมินความถี่ของทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ดูแล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สังคม กับความรู้ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ 238 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 131 คน พบว่าความรู้และทักษะของผู้ดูแลในด้านกาย สังคม สิ่งแวดล้อม มีคะแนนอยู่ในระดับดี แต่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) มิติด้านจิตใจที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ระดับดีตามที่กำหนด พบอายุและการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.2) มิติด้านสังคมสิ่งแวดล้อมมีความพึงพอใจระดับดี (ร้อยละ 82.3) สูงกว่ามิติอื่น ๆ

สุขศิริ ประสมสุข ฌฐกร นิลเนตร และ เกรียงไกร เกิดหนู (2563) ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ศึกษา จำนวน 60 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .36, p = .005$ ) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .45, p = .00$ ) ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ ทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ภาสกร สวนเรื่อง อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์ (2561) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการมีนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือ มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากการฝึกอบรม และช่วยดูแลผู้สูงอายุในกิจวัตรประจำวัน มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้นในการแก้ปัญหาสุขภาพ ดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ มีการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ที่มีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟู ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย โดยการให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care managers) และทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันทำงานสอดคล้องกับความต้องการการรับบริการ

พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์ นิสาล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์ (2555) ได้ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ปวยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปวยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำนวน 208 คน และผู้ดูแลจำนวน 202 คน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามปัญหาและความต้องการผู้ให้การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70.19 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 51.44 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเหมือนเดิม ร้อยละ 50.75 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในฐานะบุตรและสามีหรือภรรยา ร้อยละ 36.13 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.13 และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.04 ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 2.88 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายด้านพบทั้งปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ปวย และด้านค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาในการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการจัดการในบ้านอยู่ในระดับน้อย มีความต้องการในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

ยศ วัชรคุปต์ วรรณภา คุณากรวงศ์ พสิษฐ์ พัจณา และ สาวินี สุริยันรัตกร (2561) ได้วิเคราะห์ประสิทธิผลของการให้บริการการดูแลระยะยาว ในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 405 คน เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับบริการแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 261 คน และภายใต้โครงการ Long Term Care: LTC (กลุ่มทดลอง) จำนวน 144 คน โดยได้รับการดูแลภายใต้แผนการดูแล (care plan) วิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการ LTC วัดจากคะแนน

เฉลี่ยดัชนีบาร์เชล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: Barthel ADL) ของผู้เข้าร่วมโครงการหลังจากที่ได้รับบริการการดูแลประมาณ 4 เดือน พบว่า การให้บริการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการ LTC มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ยดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโครงการ LTC มีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

พิชิต สุขสบาย (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีม หมอครอบครัว (ทีมสหวิชาชีพ) อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลการดำเนินการ เปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และภาวะสุขภาพก่อนและหลังการมีทีมหมอครอบครัวไปให้การดูแล พบว่า ทีมหมอครอบครัวระดับตำบลร้อยละ 90.5 เห็นด้วยต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างและดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 84.3 และ 100.0 มีความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ใช้การสื่อสารด้วยโทรศัพท์มือถือ และการพบปะโดยตรง และพบว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างและผู้ดูแลตนเองไม่ได้ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวไม่แตกต่างกัน ส่วนภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลดูแลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สุขภาพกาย ก่อนและหลังการดูแลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้สูงอายุที่รับการดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับสูง

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าหลายพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือกันในชุมชนโดยทีมสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคประชาชน จัดบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีงบประมาณสนับสนุนในปี 2559 เป็นปีแรก แต่กลไกกองทุนตำบลยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการจัดบริการ Long Term Care ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน บริการสุขภาพที่จัดแก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จัดได้เป็นระบบและสม่ำเสมอกว่าบริการด้านสังคม มีข้อจำกัดด้านระเบียบการใช้งบประมาณ Long Term Care ตามระเบียบการใช้งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านสังคม ขาดกลไกการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ

การทำงานของผู้จัดการดูแล ในอำเภอ พื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือ Care giver จะจัดบริการ Long Term Care ได้เป็นระบบ สม่่าเสมอกว่าพื้นที่ที่ไม่มีมีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ดูแล

Alvarez, Ong and Abocejo (2017) ศึกษาความต้องการการเรียนรู้และการดูแลที่มีคุณภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุของกัวดาลูเป้ เมืองเซบู ฟิลิปปินส์ตอนกลาง ประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวตาม ความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และค่านิยม คุณภาพบริการการดูแล และประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลที่จัดให้ ใช้วิธีพรรณนาโดยการออกแบบการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบcluster รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ปวยสูงอายุ พบว่าการดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง สามในสี่จบการศึกษา ระดับมัธยมหรือระดับต่ำกว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะคิดและค่านิยมที่ดีมาก ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่ดีในการดูแลผู้ปวยสูงอายุ ผู้ปวยสูงอายุเห็นว่าผู้ดูแลมีทักษะคิดและค่านิยมและความรู้และทักษะที่ดี

Kyongok (2016) ศึกษาความรู้ ทักษะคิดต่อผู้สูงอายุและสมรรถนะของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิดต่อผู้สูงอายุ ความสามารถของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวจำนวน 145 รายใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบอิสระ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าสมรรถนะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทักษะคิดเชิงบวก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นความรู้ที่จะพัฒนาต้องพิจารณาถึงระดับการศึกษาของผู้ดูแลและผู้ดูแลต้องมีทักษะคิดเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ

Dixe, Teixeira, Areosa, Frontini and De (2019) ศึกษาความต้องการและทักษะของผู้ดูแลนอกระบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : การศึกษาแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาความต้องการและความสามารถของผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการเมื่อต้องดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานควบคู่ไปกับเทคนิคทางสถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ ทดสอบ Mann-Whitney และสหสัมพันธ์ Spearman พบว่า ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ 143 คน มีอายุเฉลี่ย 58 ปี อายุุน้อยที่สุด 21 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและ ร้อยละ 50 เป็นลูกที่ดูแลพ่อแม่ การดูแลคนส่วนใหญ่จะดูแลความสะอาดสบายและสุขอนามัย (ร้อยละ 53.80) และการจัดการยา (ร้อยละ 55.90) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการผู้หญิงมองว่าตนเองมีความสามารถด้านสุขอนามัยที่ดีกว่าผู้ชาย ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในการรับรู้สมรรถนะของตนในด้านอื่น ๆ ของการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเห็นว่าตนเองมีความสามารถน้อยในด้านต่างๆ เช่น การให้อาหาร การเคลื่อนไหว การให้ยา และการจัดการอาการและการสื่อสาร

Kloppers and Dyk (2016) ได้ศึกษาแนวความคิดและกรอบในการพัฒนาการศึกษาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จุดมุ่งหมายของการศึกษาเพื่อต้องการ วิเคราะห์สถานการณ์จากประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ โดยการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนาบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลจำนวน 26 คนสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลขาดการสื่อสารและ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่ได้รับการฝึกอบรมในการดูแล รวมทั้งขาดขั้นตอนการดูแล นโยบาย และแนวทางปฏิบัติ และการขาดแคลนพนักงาน

Kwshari and Shanker (2017) ศึกษาความชุกและความถี่ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเมืองพาราณสี ในชุมชนจากอินเดียตอนกลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความชุกของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สุ่มเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุ 616 คน (60 ปีขึ้นไป) ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นและผ่านการทดสอบ นำไปใช้หลังได้รับความยินยอมจากกลุ่มศึกษา ใช้สถิติวิเคราะห์ ทดสอบไคสแควร์และทดสอบค่า Z เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองได้ร้อยละ 53.60 (ช่วงความเชื่อมั่น 95 %: 49.67–57.50%) มีข้อจำกัดของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างรุนแรงสูงสุดร้อยละ 13.50 ของกลุ่มตัวอย่าง ทุกคนไม่พบปัญหาเรื่องการขับถ่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถก้าวขึ้นบันได 1 ชั้น ได้ร้อยละ 47.40 มีค่าคะแนนดัชนีบาร์เชล เป็นระดับพึงพิงปานกลาง ร้อยละ 25.20 และพึงพิงรุนแรงร้อยละ 4.40 ตามลำดับ เปรียบเทียบกับข้อจำกัด ด้านการเคลื่อนไหว และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาของ ADL พบมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ )

Kono, Izumi, Yoshiyuki and Kanaya (2016) ได้ตรวจสอบผลกระทบต่อพารามิเตอร์การทำงานของโปรแกรมเยี่ยมบ้านที่ปรับปรุงสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงในระบบการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น (LTCI) โดยใช้โปรแกรมรวมกับการเยี่ยมบ้านของพยาบาลหรือผู้จัดการดูแล ทุก 3 เดือนเป็นเวลา 24 เดือนพร้อมการประเมินความต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 360 คน สุ่มเข้าเยี่ยมกลุ่มทดลอง (VG:  $n = 179$ ) กลุ่มควบคุม (CG:  $n = 181$ ) รวบรวมค่าพารามิเตอร์ ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ระยะเวลาติดตามผล 12 และ 24 เดือน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ทดลองได้รับการเยี่ยม มีแนวโน้มที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .0113$ ) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มระดับความต้องการการดูแลเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมในระยะเวลามากกว่า 24 เดือน โมเดลเชิงเส้นทั่วไปแสดงให้เห็นว่าการประเมินผลกระทบต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความต้องการการดูแล (เช่นการลดลงของการทำงาน) คือ  $-0.53$  ( $p = .042$ ) ในระยะเวลา 36 เดือน

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ จะเป็นการศึกษาสมรรถนะผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดทำกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ทำ



หน้าที่ผู้จัดการดูแล การศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลทั่วไป การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งวรรณกรรมและงานวิจัยเหล่านี้ได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารอบการวิจัยและเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ สมรรถนะของผู้ดูแลตามบทบาทหน้าที่ ที่มีอำนาจการทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ คาดหวังว่า ผู้จัดการมีสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแล จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตอบสนองนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นหรือภาวะสุขภาพไม่เลวลง



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) โดยทำการศึกษาดังนี้ 1) ข้อมูลปริมาณแบบตัดขวาง (Cross – sectional) เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลของผู้จัดการดูแล สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล และหาอำนาจการทำนายของสมรรถนะของผู้จัดการดูแล ผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาข้อมูลคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูลปริมาณ

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย มี 3 กลุ่มดังนี้

1.1.1 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อสิ้นปี 2561 จำนวน 268 คน

1.1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อสิ้นปี 2561 จำนวน 3,781 คน

1.1.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสิ้นปี 2561 จำนวน 3,136 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2562)

1.2 กลุ่มตัวอย่างปริมาณ เลือกแบบเจาะจงในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

#### 1.2.1 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

##### 1) เกณฑ์การคัดเข้า

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแล ของกรมอนามัย (2558)

(1) ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว ของหน่วยบริการทั้งระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป และยังปฏิบัติงานอยู่

(2) ไม่ได้อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

(3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

## 2) เกณฑ์การคัดออก

- (1) หยุดทำหน้าที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ
- (2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

### 1.2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

#### 1) เกณฑ์การคัดเข้า

- (1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่นๆ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (2556)
- (2) ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และได้รับมอบหมายจาก ผู้จัดการดูแล ให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป และยังปฏิบัติงานอยู่
- (3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

#### 2) เกณฑ์การคัดออก

- (1) หยุดทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- (2) ไม่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

### 1.2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

#### 1) เกณฑ์การคัดเข้า

- (1) มีรายชื่ออยู่ในแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ตามแบบคำขอรับงบประมาณสนับสนุนการดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
- (2) ยังมีชีวิตอยู่และได้รับการดูแลจากผู้ดูแล
- (3) สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง หรือมีญาติที่ดูแลใกล้ชิดช่วยสื่อสาร
- (4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

#### 2) เกณฑ์คัดออก

- (1) สื่อสารไม่ได้ ไม่มีญาติดูแล
- (2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุด การวิจัย

## 1.3 ขนาดของตัวอย่างสำหรับการศึกษาข้อมูลปริมาณ

1.3.1 กลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรและสัดส่วนของ Krejcie and Morgan (1970) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP (1-P)}{[e^2 (N-1)] + [\chi^2 P(1-P)]}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$N$  = จำนวนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้ 268 คน  
 $\chi^2$  = ค่าไคสแควร์ที่ df. =1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\chi^2 = 3.841$ )  
 $P$  = ค่าสัดส่วนพยาบาที่ เป็น Care manager = 0.11 (สำนักงาน  
 สาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ 2562)

$e$  = ระดับความความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เป็น 0.05  
 แทนค่า

$$n = \frac{268 \times 3.84 \times 0.10}{[0.0025 \times 268] + [3.84 \times 0.10]} = 97 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง ของ Care manager = 97 คน ชดเชยคำตอบที่อาจไม่สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มนี้ = 106 คน

**1.3.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ** ใช้การกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน โดยใช้สูตรการ  
 คำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรและสัดส่วนของ Krejcie and Morgan (1970) เช่นเดียวกับ  
 กลุ่ม Care manager จำนวนแล้วได้ขนาดตัวอย่างของ Care giver = 104 คน ชดเชยคำตอบที่อาจไม่  
 สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างของ กลุ่มนี้ = 114 คน (รายละเอียด  
 ในผนวก ก)

**1.3.3 กลุ่มผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว** ใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้  
 สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรและสัดส่วนของ Krejcie and Morgan (1970)  
 เช่นเดียวกันกับกลุ่ม Care manager จำนวนแล้วได้ขนาดตัวอย่างของผู้สูงอายุในระบบการดูแล  
 ระยะยาว = 146.47 คน ชดเชยคำตอบที่อาจไม่สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้  
 ขนาดตัวอย่างของกลุ่มนี้ = 160 คน (รายละเอียดในผนวก ก)

**1.4 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล และจำนวนผู้ให้ข้อมูลสำหรับศึกษาข้อมูลคุณภาพ สันทนา**  
**กลุ่ม**ในกลุ่มผู้แทนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10  
 คน เช่นเดียวกันคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อยืนยันข้อมูลจากผลการวิจัยปริมาณ

### 1.5 วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูล

สุ่มเลือกโดยวิธี แบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) กำหนดให้จังหวัดบุรีรัมย์หน่วย  
 ที่จะศึกษา ซึ่งมี 23 อำเภอ สุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ตามสัดส่วนของแต่ละ  
 กลุ่มขึ้นทะเบียนไว้แต่ละอำเภอ และขนาดตัวอย่างที่ต้องการคือ Care manager 106 คน กลุ่ม Care  
 giver 114 คน และ ผู้สูงอายุ 160 คน ต่อจากนั้นสุ่มแบบง่ายจากรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนในอำเภอนั้นๆ  
 ขึ้นมาจนได้จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม แล้วเอารายชื่อที่สุ่มได้ทุกอำเภอมารวมกัน

เป็นกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ ในแต่ละกลุ่ม (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 ประเภทเครื่องมือในการวิจัย

2.1.1 แบบสอบถาม สำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว (*Barthel Activities of Daily Living: ADL*)

2.2.3 คำถามในการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้จัดการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### 2.2 การสร้างเครื่องมือ

2.2.1 แบบสอบถามกลุ่มผู้จัดการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะในกลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของสภาการพยาบาล (2552) และ บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (2559) เป็นแนวทางในการสร้างคำถาม โดยใช้เนื้อหาของคำถาม จากคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager ของกรมอนามัย (2558) มีส่วนประกอบ 2 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด รายได้ จำนวนผู้ดูแล ที่ต้องดูแลควบคุมกำกับ และจำนวนผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว และจำนวนผู้สูงอายุที่ทำ care plan ใ้รับงบประมาณมาจัดการดูแล เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ และเติมคำ

2) ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ในบทบาทหน้าที่ของ Care manager เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบเป็น 5 ระดับ โดยให้คะแนนระดับความสำคัญในการวัดค่าระดับความสามารถในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์การแบ่ง Likert Scale แบ่งคำถามสมรรถนะตามสมรรถนะ 9 ด้าน ของสภาการพยาบาล (2552) ได้แก่

(1) ด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย มีคำถามจำนวนย่อย 9 ข้อ

(2) ด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน มีคำถาม จำนวน 7 ข้อ

(3) ด้าน การประสานงาน มีคำถาม จำนวน 6 ข้อ

- (4) ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่เลื่อมใสในการปฏิบัติมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ
- (5) ด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ มีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ
- (6) ด้านการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ
- (7) ด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ
- (8) ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ
- (9) ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามมีระดับคะแนน 1 - 5 กำหนดให้ คะแนน 1 หมายถึง มีสมรรถนะน้อยที่สุด และ คะแนน 5 หมายถึง สมรรถนะมากที่สุด กำหนดช่วงของระดับของสมรรถนะจากค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539, น.15)

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 4}{5} \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

กำหนดระดับสมรรถนะดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง มีสมรรถนะต่ำที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง มีสมรรถนะต่ำ
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง มีสมรรถนะปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง มีสมรรถนะสูง
ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง มีสมรรถนะสูงที่สุด

**2.2.2 แบบสอบถามกลุ่มผู้ดูแล** ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะตามการรับรู้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (2559) เป็นแนวทางในการสร้างคำถาม โดยใช้เนื้อหาของคำถามจากคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตร Care giver ของกรมอนามัย (2556) มีส่วนประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด รายได้ ต่อเดือนปีฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลของกรมอนามัย ระยะเวลาที่ทำหน้าที่ผู้ดูแล จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล สถานะในชุมชนของผู้ดูแล แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ

2) ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นคำถามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบทบาทหน้าที่ ที่กำหนด เป็นแบบให้เลือกตอบ เป็น 5 ระดับ โดยให้คะแนนระดับความสำคัญในการวัดค่าระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบ Likert Scale แบ่งคำถามสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด 8 ด้าน ได้แก่

- (1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน มีข้อความ 7 ข้อ
- (2) การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ มีข้อความ 8 ข้อ
- (3) การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านและดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีข้อความ 7 ข้อ
- (4) การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัดมีข้อความ 3 ข้อ
- (5) การประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะ มีข้อความ 1 ข้อ
- (6) การสิ่งปฏิกูล มูลฝอย ที่เกิดจากการดูแล อย่างถูกต้อง มีข้อความ 2 ข้อ
- (7) การส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วย บาดเจ็บเกิดตามระบบการส่งต่อและถูกต้อง มีข้อความ 3 ข้อ
- (8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล มีข้อความ 1 ข้อ

แบบสอบถามมีระดับคะแนน 1 – 5 กำหนดให้ คะแนน 1 หมายถึง มีสมรรถนะน้อยที่สุด และคะแนน 5 หมายถึง มีสมรรถนะมากที่สุด นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยเพื่อกำหนดเป็นช่วงระดับของสมรรถนะเช่นเดียวกับกลุ่มผู้จัดการดูแล กำหนดช่วงของระดับของสมรรถนะจากค่าเฉลี่ยเช่นเดียวกับแบบสอบถามผู้จัดการดูแล

### 2.2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ประกอบด้วย

- 1) ส่วนที่ 1 ข้อมูล เพศ อายุ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ปีที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ครั้งแรก
- 2) ส่วนที่ 2 แบบประเมินเพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) (Mahoney et al. ,1965); Carroll, 2011) เป็นแบบประเมิน ADL ของ Mahoney & Barthel ที่กรม

อนามัย (2559) กำหนดให้ใช้ คู่มือผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถามในการประเมิน 10 ข้อ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับให้เรียบร้อยต่อหน้า การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โคนหวาดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้การสอบถามและให้ผู้สูงอายุปฏิบัติให้ดู แล้วสรุปคะแนนที่ประเมินได้จากคำถามประเมิน 10 ข้อ คะแนนเต็มข้อละ 1 - 3 คะแนน รวมทั้งหมด 20 คะแนน ซึ่งแปลผลดังนี้ (กรมอนามัย, 2559)

0 - 4	คะแนน	หมายถึง	ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์
5 - 8	คะแนน	หมายถึง	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง
9 - 11	คะแนน	หมายถึง	ภาวะพึ่งพิงปานกลาง
12 - 20	คะแนน	หมายถึง	ไม่เป็นการพึ่งพิง สามารถปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

**2.2.4 คำถามในการสนทนากลุ่ม** โดยการสรุปประเด็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ในด้านสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล และสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล เป็นแนวในการตั้งคำถาม เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูล

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามมาประเมินความตรงตามเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีมาตรประเมินความสอดคล้องจะมี 4 ระดับ คือ 1 = ไม่สอดคล้อง (not relevant) 2 = สอดคล้องบางส่วน (somewhat relevant) 3 = ค่อนข้างสอดคล้อง (quite relevant) 4 = มีความสอดคล้องมาก ข้อที่ได้รับการประเมิน 3 หรือ 4 เท่านั้น จึงจะนับว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำไปคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item Content Validity Index หรือ I-CVI) ซึ่งจะต้องได้ค่า I-CVI มากกว่า 0.80 จึงจะยอมรับได้ (Polit & Beck, 2008) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 5 ท่านได้ตรวจความตรงตามเนื้อหา (content validity) ให้คะแนนแล้ว วิเคราะห์แบบสอบถามสมรรถนะของผู้จัดการดูแล ได้ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 เฉลี่ย 0.9 แบบสอบถามสมรรถนะผู้ดูแล ได้ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.6 - 1 เฉลี่ย 0.85 จึงตัดข้อที่ต่ำกว่า 0.8 ออก (ข้อคำถามที่ตัดออก ได้แก่ สามารถดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การสอนแปรงฟันที่ถูกวิธีให้ผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง การปฐมพยาบาลอาการหน้ามืด-เวียน-เป็นลมของผู้สูงอายุ) วิเคราะห์อีกครั้ง ได้ค่า I-CVI ใหม่ อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 เฉลี่ย 0.88 แล้วนำแบบสอบถามมาหาความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ที่จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีลักษณะการดำเนินงานและขนาดของกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกับจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มละ 30 คน นำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์



แอลฟา Cronbach's alpha reliability coefficients ให้ได้ไม่ต่ำกว่า 0.7 (นิรัตน์ อิมานี, 2560) ผลการหาความเที่ยง (reliability) ในแบบสอบถามกลุ่มผู้จัดการดูแล ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.97 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ค่า Cronbach's alpha = 0.88 และ แบบประเมิน ADL กลุ่มผู้สูงอายุ ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.91

### 3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาข้อมูลปริมาณและคุณภาพ ทำการวิจัยในมนุษย์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล จึงดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

**3.1 ทำบันทึกเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์** โดยผ่านประธานประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เสนอโครงร่างวิจัยและแบบสอบถามเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ ได้รับอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ บร 0032.002 / 24 ลงวันที่ 2 มกราคม 2563

**3.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย** และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยความยินยอมด้วยวาจาและลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ

**3.3 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการวิจัย** ข้อมูลทั้งหมดจะถูกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้และไม่เสนอข้อมูลที่อาจบ่งบอกถึงตัวบุคคลได้

### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์แล้ว ดำเนินการ ดังนี้

**4.1 ทำหนังสือจาก สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึง นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขออนุญาตให้นักศึกษาเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์**

**4.2 ประชุมทีมผู้ช่วยวิจัย** แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย อธิบายทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ตลอดจนวิธีการสนทนากลุ่ม และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

**4.3 ประสานผู้รับผิดชอบงานโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว** ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ขอนัดหมายเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้จัดการดูแล หลังการประชุมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวจังหวัดบุรีรัมย์ประจำไตรมาส โดยจัดห้องให้ผู้จัดการดูแลกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 106 ตามรายชื่อที่สุ่มได้ นั่งตอบแบบสอบถามครั้งละ 10 คน โดยอิสระ ไม่รบกวนซึ่งกันและกัน โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบ และผู้ตอบสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลไม่ว่าในกรณีใดๆ ทั้งสิ้น เมื่อเก็บข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วได้ 105 ฉบับ

**4.4 ประสานผู้จัดการดูแล** ประจำสถานบริการสาธารณสุขที่มีกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ ขอนัดหมายเก็บข้อมูลผู้ดูแลหลังการประชุมส่งงานประจำเดือน โดยจัดสถานที่ให้นั่งตอบโดยอิสระ ไม่รบกวนซึ่งกันและกัน ชี้แจงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบ และผู้ตอบสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลไม่ว่าในกรณีใดๆ ทั้งสิ้น ถ้ามีผู้ดูแล ที่เขียนและอ่านหนังสือไม่คล่อง ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ ผู้ดูแลตอบและบันทึกลงในแบบสอบถาม เมื่อเก็บข้อมูลได้ตามจำนวนที่ต้องการ 114 คนแล้ว หยุด และตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้จำนวน 114 ฉบับ

**4.5 ประสานผู้จัดการดูแล** ขอที่อยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลที่ถูกสุ่มได้ นัดหมายการเก็บข้อมูลผ่านผู้จัดการดูแล ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล เพื่อประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ตามจำนวนที่ต้องการ 160 คน

**4.6 นัดหมายผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล** ที่เป็นตัวแทนที่คัดเลือกได้ตามเกณฑ์ ผ่านหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อการสนทนากลุ่ม

กลุ่มผู้จัดการดูแล ดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จำนวน 10 คน ใช้เวลาใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้ประเด็นการสนทนาสมรรถนะในบทบาทของผู้จัดการดูแลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของสภาการพยาบาล (2552) และ บทบาทหน้าที่ของ

ผู้จัดการดูแลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (2559) และประเด็นสมรรถนะที่ได้จากข้อมูลปริมาณ กำหนดรหัสผู้ร่วมสนทนาเป็นหมายเลข 1-10 เช่น คนที่ 1 กำหนดเป็น CM1 คนที่ 2 กำหนดเป็น CM2 เป็นต้น

กลุ่มผู้ดูแล ดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ในอำเภอประโคนชัย จำนวน 10 คน ใช้เวลาใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้ประเด็นการสนทนาสมรรถนะในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (2559) และประเด็นสมรรถนะที่ได้จากข้อมูลปริมาณ กำหนดรหัสผู้ร่วมสนทนาเป็นหมายเลข 1-10 เช่น คนที่ 1 กำหนดเป็น CG1 คนที่ 2 กำหนดเป็น CG2 เป็นต้น

ในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้แจ้งให้ทุกคนมีอิสระในการให้ข้อมูล มีสิทธิ์ในการขอยกเลิกการให้ข้อมูล ถึงแม้การสนทนาจะยังไม่แล้วเสร็จ และข้อมูลที่ได้รับจะไม่เปิดเผยชื่อเป็นรายบุคคลและอ้างอิงมาถึงตัวผู้ให้ข้อมูลจนเกิดความเสียหายได้ นักวิจัยถอดเทปบันทึกเสียงประกอบการจดบันทึก

#### 4.7 รวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูล วิเคราะห์ผล อภิปรายผล และเสนอแนะ

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการดังนี้ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จากกลุ่มผู้จัดการดูแล จำนวน 105 ฉบับ (ร้อยละ 99.05) กลุ่มผู้ดูแล จำนวน 114 (ร้อยละ 100) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 160 คน (ร้อยละ 100)

### 5.1 ข้อมูลปริมาณ

**5.1.1 ข้อมูลจากแบบสอบถาม** วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสมรรถนะใช้เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด แล้วนำค่าเฉลี่ยสมรรถนะมาจัดกลุ่มระดับสมรรถนะรายด้าน ของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

**5.1.2 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล** โดยใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และจัดกลุ่มช่วงคะแนนเพื่อวิเคราะห์ระดับการพึ่งพิง

**5.1.3 วิเคราะห์ค่าการทำนายของสมรรถนะของผู้จัดการดูแล** สมรรถนะของผู้ดูแล ต่อความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้ สถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ Multiple Regression Analysis

## 5.2 ข้อมูลคุณภาพ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สมรรถนะในการจัดการดูแล และการดูแล และเพื่อเป็นยืนยันข้อมูลปริมาณ การวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการโดยอ่านบันทึกและถอดเทปคำพูด แยกเป็นรายบุคคลตามรหัสที่ได้กำหนดไว้ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้กำหนดรหัส (Code) หมวดหมู่ของผู้ให้ข้อมูลเป็นหมายเลขแทนการใช้ชื่อทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มผู้จัดการดูแล กำหนดสัญลักษณ์และหมายเลขเป็น CM 1-10 กลุ่ม ผู้ดูแล กำหนดสัญลักษณ์และหมายเลขเป็น CG 1-10 ผลการสนทนาจะตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่ม และสรุปประเด็นสำคัญ (thematic analysis) ข้อค้นพบ วิเคราะห์ข้อมูลในคำตอบที่ได้



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ตอนที่ 1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ตอนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล และ ตอนที่ 3 อำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนี้

#### ตอนที่ 1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล

ในตอนที่ 1 นี้จะประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน แบบสอบถาม 106 ฉบับ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วได้ 105 ฉบับ นำมาวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ของเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปีที่ฝึกอบรม ระยะเวลาที่เป็น Care manager จำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับอนุมัติงบประมาณในการดูแล ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	2	1.90
หญิง	103	98.10
รวม	105	100
2.อายุ (ปี)		
20 - 29	17	16.20
30 - 39	33	31.40
40 - 49	37	35.20

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
50 - 59	18	17.20
$M= 40$ ( $SD = 8.91$ ) $Min = 24$ $Max=58$		
รวม	105	
3. ปีงบประมาณที่ฝึกอบรม Care manager		
2559	42	40.00
2560	41	39.10
2561	22	20.90
รวม	105	100
4. ระยะเวลาที่เป็น Care manager (ปี . เดือน)		
1.00 - 1.06	47	44.70
2.01 - 3.00	39	37.10
3.01 - 4.00	18	17.10
มากกว่า 4.00	1	1.10
Median = 2 ปี 2 เดือน ( $Q1= 2.04$ , $Q3 = 3.06$ ) $Min = 1$ ปี $Max = 4$ ปี 3 เดือน		
รวม	105	100
5.จำนวน Care giver ที่รับผิดชอบดูแลและติดตามกำกับ (คน)		
1 - 9	32	30.50
10 - 19	46	43.80
20 - 29	16	15.20
30 - 39	3	2.90
40 คนขึ้นไป	8	7.60
Median = 13 คน ( $Q1 = 8$ , $Q3 = 20$ ) $Min = 1$ คน $Max = 53$ คน		
รวม	105	100
6.จำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อผู้ดูแล 1 คน (คน)		
2 - 9	18	17.10
10 - 19	30	28.60
20 - 29	21	20.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
30 - 39	14	13.30
40 - 49	7	6.60
50 คนขึ้นไป	15	14.40
Median = 22 คน (Q1 = 12.50, Q3 = 38.50) Min = 2 คน Max = 127 คน		
รวม	105	100
7.จำนวนผู้สูงอายุที่ทำ care plan ได้รับงบประมาณสนับสนุน (คน)		
2 - 9	18	17.10
10 - 19	30	28.60
20 - 29	21	20.00
30 - 39	14	13.30
40 - 49	7	6.60
50 คนขึ้นไป	15	14.40
Median = 21 คน (Q1 = 12, Q3 = 38) Min = 2 คน Max = 127 คน		
รวม	105	100

จากตารางที่ 4.1 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เกือบทั้งหมดร้อยละ 98.10 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40 ปี ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 58 ปี อบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแล ในปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 40.10 ปี 2560 ร้อยละ 39.00 ปี 2561 ร้อยละ 20.90 ระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ย (ค่ากลาง) 2 ปี 2 เดือน ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 4 ปี 3 เดือน มี Care giver ในความรับผิดชอบที่ต้องติดตามกำกับดูแล เฉลี่ย (ค่ากลาง) 13 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 53 คน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อ CM 1 คน เฉลี่ย (ค่ากลาง) 22 คน ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 127 คน และสามารถทำ care plan ได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดการดูแลเกือบทั้งหมด โดยเฉลี่ย (ค่ากลาง) 21 คน ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 127 คน

**1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** รวบรวมแบบสอบถามได้ทั้งหมด 114 ฉบับ นำเสนอเป็น จำนวน ร้อยละ ของเพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ปีที่ฝึกอบรม วิธีการที่ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะเวลาที่เป็น Care giver จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล สถานะในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4.2 และ 4.3

ตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	2	1.80
หญิง	112	96.20
รวม	114	100
2.อายุ (ปี)		
30 - 39	11	10.52
40 - 49	48	42.12
50 - 59	42	36.83
60 - 69	12	6.14
70 ปีขึ้นไป	1	4.39
$M=49.12$ ( $SD = 7.68$ )    Min = 31    Max = 70		
รวม	114	100
3.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	24	21.10
ประถมศึกษาตอนปลาย	21	18.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	15.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย	39	34.50
ปริญญาตรี	12	10.50
รวม	114	100
4. อาชีพหลัก		
เกษตรกร	87	76.30
รับจ้าง	12	10.50
ค้าขาย/ ธุรกิจ	8	7.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.90
แม่บ้าน	6	5.30
รวม	114	100



ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	63	55.26
5,001 - 10,000	33	28.94
10,001 - 15,000	9	7.89
15,001 - 20,000	4	3.51
20,001 - 25,000	1	0.88
25,001 - 30,000	2	1.76
30,001 บาทขึ้นไป	2	1.76
Median = 10,000 (Q1 = 3,000, Q3 = 10,000) Min = 1,000 Max = 45,000		
รวม	114	100
6. ปีที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
2559	59	51.80
2560	40	35.00
2561	13	11.40
2562	2	1.80
รวม	114	100
7. วิธีการที่ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
สมัครเข้ารับการอบรม	47	42.22
ได้รับคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	67	57.78
รวม	114	100
8. ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ปี.เดือน)		
1.00 - 2.00	84	73.68
2.01 - 3.00	29	25.44
มากกว่า 3 ปี	1	0.88
Median = 2 ปี (Q1 = 2.00, Q3 = 2.80) Min = 1 ปี Max = 3 ปี 2 เดือน		
รวม	114	100

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n =251)	ร้อยละ
9. จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล (คน)		
1 - 4	86	75.44
5 - 9	25	21.93
10 - 14	3	2.63
<i>M</i> = 3.59 คน ( <i>SD</i> = 2.19) Min = 1 คน Max = 14 คน		
รวม	114	100
10. สถานะในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	116	46.22
เพื่อนบ้าน	89	35.46
ญาติ	41	16.33
บุตร/ธิดา	3	1.19
สามี/ภรรยา	2	0.80
รวม	251	100

จากตารางที่ 4.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 114 คน เกือบทั้งหมดร้อยละ 96.20 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 49.12 ปี ต่ำสุด 31 ปี สูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 34.50 รองลงมาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.10 ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 18.14 มีจบปริญญาตรีร้อยละ 10.50 รายได้เฉลี่ย (ค่ากลาง) 5,000 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 45,000 บาท ผู้ดูแลผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยในปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 51.80 รองลงมาอบรมในปี 2560 ร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.90 ได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้าอบรมร้อยละ 57.78 มีร้อยละ 42.22 ที่สมัครเข้ารับการอบรมด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย (ค่ากลาง) 2 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 3 ปี 2 เดือน มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล เฉลี่ย (ค่ากลาง) 3.59 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 14 คน สถานะในชุมชนของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.22 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองลงมาคือเป็นเพื่อนบ้านของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 36.46

### 1.3 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล และ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

1.3.1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 105 ฉบับ ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้จัดการดูแลได้ประเมินสมรรถนะของตนเองในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ตามสมรรถนะด้านต่างๆ 9 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (2) ด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (3) ด้านการประสานงาน (4) ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (5) ด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (6) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (7) ด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (8) ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ (9) ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ จากจำนวนข้อย่อยทั้งหมด 48 ข้อ นำข้อมูลทั้งหมดมาจัดระดับของสมรรถนะรวมรายด้าน แล้วแปลผลค่าเฉลี่ยของสมรรถนะแต่ละด้านด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด และ ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะข้อย่อยในแต่ละด้าน รายละเอียดการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4.3 - 4.12

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยสมรรถนะรายด้านของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะรายด้าน	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	4.35	0.54	5	2	สูงสุด
2. การใช้หลักฐานข้อมูลที่พบ	4.24	0.50	5	2	สูงสุด
3. การจัดการและประเมินผลลัพธ์	4.20	0.51	5	3	สูง
4. การดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน	4.14	0.47	5	3	สูง
5. การให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ	4.07	0.55	5	2	สูง
6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.01	0.50	5	2	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

สมรรถนะรายด้าน	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
7. การพัฒนา จัดการ และกำกับ ระบบการดูแล กลุ่มเป้าหมาย/เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะ โรค	3.92	0.45	5	2	สูง
8. การประสานงาน	3.91	0.54	5	2	สูง
9. การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ	3.76	0.59	5	2	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะทั้ง 9 ด้าน	<b>4.06</b>	0.42	5	2.92	สูง

จากตารางที่ 4.3 สมรรถนะรวม 9 ด้านของผู้จัดการดูแล ของผู้จัดการดูแล อยู่ในระดับสูง ( $M=4.06$   $SD=0.42$ ,  $Max=5$   $Min=2$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน อยู่ในระดับสูงและสูงที่สุด ด้านที่มีระดับสมรรถนะสูงที่สุดได้แก่ ด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ( $M=4.35$   $SD=0.54$ ,  $Max=5$   $Min=2$ ) และด้านการใช้หลักฐานข้อมูลที่พบ ( $M=4.24$   $SD=0.50$ ,  $Max=5$   $Min=3$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามก็ยังคงอยู่ในสมรรถนะระดับสูง ( $M=3.76$   $SD=0.42$ ,  $Max=5$   $Min=2$ )

ตารางที่ 4.4 สมรรถนะด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. การจัดการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเสียสละ โดยไม่รับสิ่งตอบแทนใดๆ	<b>4.43</b>	0.67	5	3	สูงที่สุด
2. การให้ความสำคัญในการให้ความดูแล ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ ที่ไม่มีคนในครอบครัว คอยดูแล	4.38	0.67	5	2	สูงที่สุด
3. การจัดลำดับความสำคัญของความ ต้องการดูแลช่วยเหลือในผู้สูงอายุ	4.31	0.62	5	3	สูงที่สุด

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
4. การจัดการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบด้วยความเสมอภาค	4.28	0.62	5	3	สูงที่สุด
เฉลี่ยรวมสมรรถนะรายด้าน	4.35	0.54	5	2	สูงสุด

จากตารางที่ 4.4 สมรรถนะด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุด โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ จัดการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเสียสละ โดยไม่รับสิ่งตอบแทนใด ๆ ( $M = 4.43$   $SD = 0.67$  ,  $Max = 5$   $Min = 3$ )

ตารางที่ 4.5 สมรรถนะด้านการใช้ข้อมูลที่พบของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. การจัดทำ care plan ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4.26	0.60	5	2	สูงที่สุด
2. การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ/ครอบครัวที่ต้องการรับความช่วยเหลือ รวมทั้ง ตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง ก่อนวางแผนการดูแลช่วยเหลือ	4.23	0.63	5	3	สูงที่สุด
เฉลี่ยรวมสมรรถนะรายด้าน	4.24	0.50	5	2	สูงสุด

จากตารางที่ 4.5 สมรรถนะด้านการใช้ข้อมูลที่พบของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุด โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( $M = 4.26$   $SD = 0.60$  ,  $Max = 5$   $Min = 2$ )

ตารางที่ 4.6 สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ ของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม	4.34	0.71	5	2	สูงที่สุด
2. เมื่อครบรอบปีในการดูแล จะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแล	4.29	0.67	5	2	สูงที่สุด
3. หลังการเยี่ยมผู้สูงอายุจะทบทวนแนวทางการดูแลช่วยเหลือใน Care plan	4.18	0.67	5	2	สูง
4. การประเมินความเพียงพอของสิ่งสนับสนุนที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	4.16	0.55	5	3	สูง
5. การประเมินความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของงบประมาณที่เบิกจ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ	4.06	0.71	5	2	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะรายด้าน	4.20	0.51	5	3	สูง

จากตารางที่ 4.6 สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ของผู้จัดการดูแลภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุดถึงสูง โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม ( $M = 4.34$   $SD = 0.67$  ,  $Max = 5$   $Min = 2$ )

ตารางที่ 4.7 สมรรถนะด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. จัดให้มีการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล	4.50	0.62	5	3	สูงที่สุด
2. ใช้ TAI จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่มเพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม	4.28	0.65	5	3	สูงที่สุด
3. รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวได้อธิบายปัญหาการเจ็บป่วย	4.25	0.63	5	3	สูงที่สุด
4. สามารถใช้เครื่องมือ Typology of Aging with Illustration (TAI)*	4.19	0.66	5	3	สูง
5. ร่วมกับผู้สูงอายุหรือครอบครัวได้กำหนดเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือ	3.93	0.59	5	3	สูง
6. จัดทำแผนรายสัปดาห์ ในการดูแลผู้สูงอายุ	3.93	0.72	5	2	สูง
7. จัดเวลาในการไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ	3.92	0.67	5	3	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	4.14	0.47	5	3	สูง

TAI\* ใช้ประเมิน Functional, Activity status, Mobility, Mental status, Toileting และ Eating เพื่อจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็นกลุ่มย่อย

จากตารางที่ 4.7 สมรรถนะด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายชื่อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุดถึงสูง โดยรายชื่อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือจัดให้มีการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล ( $M = 4.50$   $SD = 0.62$ , Max = 5 Min = 3)

ตารางที่ 4.8 สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถปรึกษาท่านได้โดยทางผ่านช่องทางต่างๆ	4.18	0.69	5	2	สูงที่สุด
2. การขอคำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพในประเด็นเฉพาะด้าน เพื่อนำมา ให้การปรึกษาแนะนำแก่ผู้ดูแล	4.10	0.68	5	2	สูง
3. เมื่อพบปัญหาการดูแลทางคลินิก ท่านปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	4.07	0.75	5	2	สูง
4. เมื่อไปเยี่ยม ท่านจะประเมินประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุ ร่วมกับ ผู้ดูแล และครอบครัวผู้สูงอายุ	4.00	0.60	5	2	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	4.07	0.55	5	2	สูง

จากตารางที่ 4.8 สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย หรือใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ ของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง โดยข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถปรึกษาโดยทางผ่านช่องทางต่างๆ ( $M = 4.18$   $SD = 0.69$ , Max = 5 Min = 2)



ตารางที่ 4.9 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C (Care plan, Care manager and Care giver) ของกรมอนามัยเพื่อบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ	4.28	0.70	5	3	สูงที่สุด
2. สามารถดึงข้อมูลผู้สูงอายุจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ของกรมอนามัย เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้	4.17	0.72	5	3	สูง
3. การให้ความช่วยเหลือผู้ร่วมงานเมื่อเกิดปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ	4.16	0.66	5	2	สูง
4. การบันทึกการเยี่ยม กำกับติดตามการดูแล ไว้ในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เอกสารรายบุคคล	4.04	0.72	5	2	สูง
5. การนำข้อมูลผู้สูงอายุจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ที่วิเคราะห์ได้ มาวางแผนพัฒนาการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และนำเสนอต่อผู้บริหาร	4.02	0.78	5	2	สูง
6. เมื่อมีความคิดขัดแย้งในแนวทางจัดการดูแล ผู้สูงอายุกับทีมงาน ท่านจะประนีประนอมภายใต้หลักการที่ถูกต้อง	3.98	0.74	5	1	สูง
7. การแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆเพื่อ พัฒนาตนเองในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ	3.97	0.65	5	3	สูง
8. การคิด หรือ สร้างนวัตกรรมที่ใช้ในการช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุ	3.51	0.76	5	2	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	4.01	0.50	5	2	สูง

จากตารางที่ 4.9 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุดถึงสูง โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

อันดับแรก คือ สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C (Care plan, Care manager and Care giver) ของกรมอนามัยเพื่อบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ ( $M=4.28$   $SD = 0.70$  , Max = 5 Min = 3)

ตารางที่ 4.10 สมรรถนะด้านการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเฉพาะโรค ของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. จัดการให้ผู้ดูแลดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดคือ ผู้ดูแล:ผู้สูงอายุ ไม่เกินเกณฑ์ 1: 10	4.45	0.65	5	2	สูงที่สุด
2. มีการสื่อสารระหว่างกันกับผู้ดูแลเพื่อร่วมจัดการดูแลผู้สูงอายุ	4.30	0.66	5	3	สูงที่สุด
3. บริหารจัดการให้ผู้ดูแลรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน	4.07	0.68	5	2	สูง
4. ควบคุม กำกับ ตรวจสอบ การทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ	4.07	0.66	5	3	สูง
5. ทบทวน และสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคให้ผู้ดูแลเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.92	0.61	5	2	สูง
6. ประชุมผู้ดูแล เพื่อติดตามงาน สอบถามปัญหาเพื่อการแก้ไขและให้คำแนะนำ	3.97	0.71	5	3	สูง
7. สามารถจัดการอบรมอาสาสมัคร ครอบครัว หรือผู้สมัครใจในพื้นที่รับผิดชอบ ให้เป็นผู้ดูแล	3.83	0.71	5	2	สูง
8. สอน และทบทวนการดูแลตามแผนการดูแลรายสัปดาห์ ให้กับผู้ดูแล	3.78	0.65	5	2	สูง
9. ไปศึกษาดูงานจากแหล่งอื่นๆเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาการจัดการดูแล	2.92	1.00	5	1	ปานกลาง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	3.92	0.45	5	2	สูง

จากตารางที่ 4.10 สมรรถนะด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายชื่อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุดถึงปานกลาง โดยรายชื่อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ การจัดการ

ให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุได้ ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดคือ ผู้ดูแล : ผู้สูงอายุ ไม่เกินเกณฑ์ 1 : 10 ( $M = 4.45$   $SD = 0.65$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แต่ก็อยู่ในระดับปานกลางคือ ไปศึกษาดูงานจากแหล่งอื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาการจัดการดูแล ( $M = 2.92$   $SD = 1.00$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ )

ตารางที่ 4.11 สมรรถนะด้านการประสานงาน ของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ	4.13	0.69	5	3	สูง
2. ประสานความร่วมมือจากสาขาอาชีพในการจัดการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบ	4.00	0.78	5	2	สูง
3. สืบหาข้อมูลทรัพยากรทางสังคม เช่น แหล่งช่วยเหลือ ความร่วมมือต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน ก่อนการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ	3.98	0.62	5	3	สูง
4. ประสานชุมชนหรือองค์กรต่างๆในการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ	3.90	0.75	5	2	สูง
5. ท่านและทีมสาขาวิชาชีพหน่วยงานสาธารณสุข เครือข่าย ประชุมร่วมกัน เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ	3.83	0.64	5	2	สูง
6. สามารถหาแหล่งสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งในและนอกเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ	3.65	0.80	5	1	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	3.91	0.54	5	2	สูง

จากตารางที่ 4.11 สมรรถนะด้านการประสานงานของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ การประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ( $M = 4.13$   $SD = 0.69$  ,  $Max = 5$   $Min = 3$ )

ตารางที่ 4.12 สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่เลี้ยงในการปฏิบัติ ของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. ท่านสอนการบันทึกปัญหา และการดูแลผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้ดูแล	4.08	0.64	5	2	สูง
2. ในการประชุมทีมสหวิชาชีพ ท่านกระตุ้นทีมงานแต่ละคนอภิปรายสรุปสาระสำคัญของการทำงานช่วยเหลือผู้สูงอายุ	3.64	0.70	5	2	สูง
3. ท่านสามารถจัดทำ care conference ตามที่กำหนดไว้	3.59	0.79	5	2	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	3.76	0.59	5	2	สูง

จากตารางที่ 4.12 สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่เลี้ยงในการปฏิบัติของผู้จัดการดูแล ภาพรวมของรายชื่อย่อยทุกข้อในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง โดยรายชื่อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ สอนการบันทึกปัญหา และการดูแลผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้ดูแล ( $M = 4.08$   $SD = 0.64$  ,  $Max = 5$   $Min = 2$ )

โดยสรุป สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแล มีสมรรถนะเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สมรรถนะรายด้านที่มีสมรรถนะสูงที่สุด คือด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และด้านการใช้หลักฐานข้อมูลที่พบ ในสมรรถนะรายชื่อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ดังนี้ (1) จัดให้มีการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์เชลเอ็ดิแอล (2) จัดการให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด (3) จัดการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเสียสละ โดยไม่รับสิ่งตอบแทนใดๆจากผู้สูงอายุและครอบครัว (4) การให้ความสำคัญในการให้ความดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ไม่มีคนในครอบครัวคอยดูแล (5) การประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม (6) การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการดูแลช่วยเหลือในผู้สูงอายุ (7) การสื่อสารระหว่าง CM และ CG เพื่อร่วมจัดการดูแลผู้สูงอายุ (8) เมื่อครบรอบปีในการดูแลจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแล (9) การใช้ TAI จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่มเพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม (10) สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ในการบันทึกข้อมูล (11) จัดการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบด้วยความ

เสมอภาค (12) จัดทำ Care Plan ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (13) เมื่อไปเยี่ยมจะรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้อธิบายปัญหาการเจ็บป่วย และ (14) สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ/ครอบครัวที่ต้องการรับความช่วยเหลือรวมทั้ง ตรวจสอบข้อมูลต่างๆด้วยตัวเองก่อนวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ส่วนสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยปานกลาง คือ การไปศึกษาดูงานจากแหล่งอื่นๆเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาการจัดการดูแล

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของผู้จัดการดูแล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากประเด็นการสนทนากลุ่มของผู้แทนจากผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นสอดคล้องกับคำถามปลายปิด ในแต่ละด้านของสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน ในรายชื่อย่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้ สามารถศึกษารายละเอียดของมุมมองแต่ละด้าน ผู้ร่วมสนทนาให้ความเห็นสอดคล้องกันกับข้อมูลปริมาณ ดังนี้

(1) ด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

(ก) ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความเสียสละ ดังตัวอย่างข้อมูล “ดูแลให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ ไม่มีนอกมีใน (CM7)” “การดูแลตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพ การดูแลด้านร่างกายและจิตใจเหมือนญาติ เสียสละ (CM4)” “ไม่แสดงการรังเกียจ มีความบริสุทธิ์ใจในการดูแล และให้กำลังใจผู้สูงอายุ (CM9)”

(ข) มีการจัดลำดับความสำคัญการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ให้ ดังนี้ “ถ้าบฯ ได้ไม่ครอบคลุมก็จะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุ ก่อน เช่น ต้องอาศัยอยู่กับญาติ การดูแลไม่ทั่วถึง ไม่มีใครดูแล แต่ก็เจอน้อย หรือไม่ก็เกลียดบฯ ให้ได้รับการมาดูแลให้ครอบคลุม (CM4)”

(ค) มีการจัดการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเสมอภาค ดังตัวอย่างข้อมูล “การดูแลไม่เลือกปฏิบัติ ดูแลตามศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลเองตามความสามารถเต็มที่ (CM6)” “การดูแลโดยไม่กระทบต่อร่างกายและจิตใจเหมือนญาติของเราเอง (CM5)”

(2) ด้านการใช้หลักฐานข้อมูลที่พบ

(ก) มีการจัดทำ care plan ตามสภาพปัญหา ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล “ทบทวน Care plan จากปัญหาที่เราพบ หรือรับรายงานจาก CG (CM5)” “ก่อนเขียน Care Plan ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแล ประเมินและรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ (CM1)” “วิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุร่วมกับ CG และเขียน care plan (CM4)”

(ข) มีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือและตรวจสอบข้อมูล กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูล ดังนี้ “CM ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ติดตามการเปลี่ยนแปลงด้าน

ร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยมีข้อมูลที่ได้มาจากการทำงานและการดูแลของ CG แต่ละราย (CM2) ” “ประเมินสถานะผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม พุดคุยถามปัญหา(CM5) ”

(3) ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์

(ก) มีการประเมิน ADL เมื่อดูแลครบ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูล ดังนี้ “ประเมินสถานะผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม ครบรอบปี ก็ประเมิน ADL (CM5) ” “พอครบปี ส่วนใหญ่ CM ประเมินจากคะแนน ADL และ Care plan เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น ฟাঁอ้อม รถเข็น มีเพียงพหรือ เปล่า (CM3) ”

(4) ด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพ

ซับซ้อน

(ก) มีการใช้ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล สํารวจและคัดกรองผู้สูงอายุตามที่ กำหนดไว้ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล “ประเมิน ADL แยกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ติดสังคม ติดบ้าน ติด เดียง (CM3) ” “ลงพื้นที่สํารวจข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลใช้ ADL ประเมิน แล้วชี้แจงแผนการดูแล ให้ผู้สูงอายุทราบ และต้องใช้รถตัวเองนํานํ้ามันตัวเองในการลงพื้นที่ (CM1) ”

(ข) มีการใช้ TAI ในการจำแนกผู้สูงอายุ เป็น 4 กลุ่ม ตามที่กำหนดไว้ กลุ่ม ตัวอย่างให้ข้อมูล ดังนี้ “ประเมินคัดกรองมาแล้วเราจะมาประเมิน TAI แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 กลุ่มติดบ้านที่ไม่มีภาวะสับสน กลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้านที่มีภาวะสับสน กลุ่ม 3 กลุ่มติดเตียง และกลุ่ม 4 กลุ่มติดเตียงที่อยู่ในระยะท้าย นี่เป็นการแยกผู้สูงอายุที่เราจะดูแลวางแผนต่อไป(CM2) ”

(ค) ให้ผู้ป่วยและญาติได้อธิบายปัญหาการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจในการดูแล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลดังนี้ “ก่อนเขียน Care Plan ลงพื้นที่สํารวจข้อมูล ผู้สูงอายุที่ต้องการดูแล ประเมินและรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ แล้วชี้แจงแผนการดูแลให้ผู้สูงอายุและ ญาติรับทราบ (CM1) ” “อธิบายทางเลือกให้ญาติทุกครั้งที่มีลงพื้นที่ปฏิบัติกับผู้สูงอายุ โดยให้ญาติ ตัดสินใจเอง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน (CM3) ”

(ง) ด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย หรือใช้ บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ

(จ) มีการเปิดช่องทางต่างๆให้ผู้ดูแลปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ดัง ผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้ “ถ้ามีปัญหาอะไรก็ให้ CG โทรศัพท์หรือไลน์มา (CM3) ” “เวลา CG ออกเยี่ยมจะมีการส่งรูปทางไลน์มายัง CM ทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (CM8) ”

(5) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

(ก) มีความสามารถในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ดังข้อมูลตัวอย่าง “CMเป็นผู้ดำเนินการเองลงบันทึกข้อมูลต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ในโปรแกรม Hos-xp

สปสช. 3C และ THAICOC (CM10)” “CM เป็นผู้ดำเนินการเองลงบันทึกข้อมูลต่างๆของตัวเองทั้ง 3 โปรแกรม (CM4)”

(6) ด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค

(ก) มีการบริหารจัดการให้ CG ดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและไม่เกินเกณฑ์ ดังข้อมูลทีกลุ่มตัวอย่างให้ “บริหารเคสให้ CG ดูแลตาม Care Plan ให้ CG ดูแลในหมู่บ้านของตนเอง หรือหมู่บ้านใกล้เคียง แต่ก็ไม่ให้เกินเกณฑ์ 10 คน (CM9)” “มอบหมายให้ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด เขียน care plan (CM9)”

(ข) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันกับผู้ดูแลเพื่อร่วมกันจัดการดูแลหลากหลายช่องทาง ดังตัวอย่างข้อมูล “การรายงานผ่านทางไลน์มายัง CM ทุกครั้ง (CM10)” “รายงานผลการดำเนินงานทางไลน์ให้กับ CM ในกรณีเร่งด่วน (CM1)” “การใช้ไลน์กลุ่มในการแลกเปลี่ยนการปฏิบัติงาน เช่น การล้างแผล อาการผิดปกติของร่างกายต่างๆ (CM4)”

(ค) มีการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการช่วยเหลือในผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลดังนี้ “ทบทวน Care Plan จากปัญหาที่เราพบ หรือรับรายงานจาก CG แล้วจะเรียงลำดับปัญหาของผู้สูงอายุเมื่อแจก case ให้ CG ดูแล (CM5)”

(7) ด้านการประสานงาน

(ก) การประสานท้องถิ่นของบประมาณดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบล ดังข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง “ประสานการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ประชุมคณะกรรมการ จัดตั้งอนุกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับตำบล ประชุมบูรณาการร่วมกัน ประสานข้อมูลกัน ช่วยยืนยันข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลและจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการผู้สูงอายุที่เสนอและยืนยันข้อมูลทุกราย (CM 4)” “การประสานท้องถิ่นของงบบุดูแลเป็นอันดับต้นๆด้วย (CM7)”

(8) สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ

(ก) มีการสอนผู้ดูแล (CG) ในการจดบันทึกสิ่งที่พบเมื่อไปเยี่ยมและการดูแลที่ให้กับผู้สูงอายุ ดังข้อมูล ต่อไปนี้ “มีแบบฟอร์มรายงานทุกๆสัปดาห์ โดยเป็นแบบดีกเอา หากพบปัญหาให้เขียนโน้ตไว้เป็นรายบุคคล และจะมีแผ่นข้างหลังให้ดีกเยี่ยมก็ครั้ง ลักษณะร่างกายเป็นอย่างไร มีข้อคิดใหม่ หากพบว่ามีปัญหาทางด้านจิตใจ ท้อแท้ ซึมเศร้า ก็บอกให้เขาดีกลงในแบบฟอร์ม (CM3)”

**1.3.2 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล** โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายปิด และยืนยันข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1) **ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม** ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 114 ฉบับ ซึ่งผู้ดูแล ได้การประเมินสมรรถนะตนเองตามบทบาทหน้าที่ 8 ข้อ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ได้แก่ (1) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (2) สังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และรายงานให้ญาติทราบ (3) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านและดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย (4) เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด (5) กรณีที่ต้องประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ต้องเตรียมปรุง ประกอบอาหาร ให้สะอาด และถูกสุขลักษณะ (6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง (7) ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีมีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยตามระบบการส่งต่ออย่างถูกต้อง (8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนเพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล มีข้อย่อย จำนวน 32 ข้อ นำข้อมูลทั้งหมดมาจัดระดับสมรรถนะรายด้าน แปลผลค่าเฉลี่ยของสมรรถนะข้อย่อยในแต่ละด้าน แจกแจงข้อมูลด้วย จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด รายละเอียดดังตารางที่ 4.13-4.21

ตารางที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยสมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล

สมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่	M	SD	Max	Min	ระดับ
1. การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล	4.63	0.72	5	1	สูงสุด
2. การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด	4.37	0.72	5	2	สูงสุด
3. การสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ	4.05	0.74	5	1	สูง
4. การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านและดูแลสภาพแวดล้อมให้สุกษลักษณะ	4.03	0.61	5	2	สูง
5. การส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย ตามระบบการและวิธีการ ถูกต้อง	3.86	0.97	5	1	สูง



ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

สมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง	3.69	1.74	5	1	สูง
7. การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	3.29	0.82	5	1	ปานกลาง
8. การประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ การเตรียมปรุง ประกอบอาหารที่สะอาด และถูกสุขลักษณะ	2.55	1.26	5	1	ต่ำ
เฉลี่ยรวมสมรรถนะทั้ง 8 ด้าน	<b>3.96</b>	0.69	5	2.15	สูง

จากตารางที่ 4.13 สมรรถนะรวมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง ( $M = 3.96$   $SD = 0.60$ ,  $Max = 5$   $Min = 2.15$ ) สมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงและสูงที่สุด ด้านที่มีระดับสมรรถนะสูงที่สุดได้แก่ การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล ( $M = 4.62$   $SD = 0.74$ ,  $Max = 5$   $Min = 1$ ) และด้านการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด ( $M = 4.37$   $SD = 0.72$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ ) ส่วนสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับต่ำคือ การประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ การเตรียมปรุง ประกอบอาหารที่สะอาด และถูกสุขลักษณะ ( $M = 2.55$   $SD = 1.26$ ,  $Max = 5$   $Min = 1$ )

ตารางที่ 4.14 สมรรถนะจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแลของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. ส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแล(หมอนามัย) กำหนด	<b>4.63</b>	0.72	5	1	สูงที่สุด
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	4.63	0.72	5	1	สูงที่สุด

จากตารางที่ 4.14 สมรรถนะจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล ของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมิต่ำค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแล (หมออนามัย) กำหนด ( $M = 4.63$   $SD = 0.72$  ,  $Max = 5$   $Min = 1$ )

ตารางที่ 4.15 สมรรถนะด้านการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด ของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ ท่านจะปรึกษาผู้จัดการดูแล (หมออนามัย)	4.60	0.68	5	2	สูงสุด
2. การบันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุหลังไปเยี่ยม	4.30	0.95	5	1	สูงสุด
3. ท่านไปเยี่ยมผู้สูงอายุได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด	4.24	0.80	5	2	สูงสุด
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	4.37	0.72	5	2	สูงสุด

จากตารางที่ 4.15 สมรรถนะด้านการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด ของผู้ดูแล ภาพรวมของรายชื่อย่อยทุกข้อในบทบาทหน้าที่ข้อนี้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยรายชื่อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรกคือ เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจะปรึกษาผู้จัดการดูแล ( $M = 4.60$   $SD = 0.68$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ ) รองลงมาได้แก่ การบันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ หลังไปเยี่ยม ( $M = 4.30$   $SD = 0.95$ ,  $Max = 5$   $Min = 1$ ) และ การไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด ( $M = 4.24$   $SD = 0.80$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ )

ตารางที่ 4.16 สมรรถนะด้านการสังเกตพฤติกรรมกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. สามารถวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ	4.69	0.58	5	2	สูงที่สุด
2. การอธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิต ในผู้สูงอายุได้	4.35	0.93	5	1	สูงที่สุด
3. เมื่อพบความผิดปกติจากประเมินผู้สูงอายุ ท่าน จะแจ้งญาติ	4.35	0.82	5	1	สูงที่สุด
4. สามารถเช็ดตัวเพื่อลดไข้ให้ผู้สูงอายุ	4.24	1.00	5	1	สูงที่สุด
5. การสอนครอบครัวผู้สูงอายุที่คิดเคียงในการ เปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ	3.98	1.07	5	1	สูง
6. สามารถสังเกตผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานว่ามี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จากอาการใจสั่น หน้า มืด เหงื่อออก	3.68	1.07	5	1	สูง
7. สามารถสังเกตอาการหายใจหอบของผู้สูงอายุ	3.59	1.09	5	1	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	4.05	0.74	5	1	สูง

จากตารางที่ 4.16 สมรรถนะด้านการสังเกตพฤติกรรมกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในบทบาทหน้าที่ข้อนี้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดถึงสูง โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ สามารถวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ ( $M = 4.69$   $SD = 0.58$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ ) รองลงมาได้แก่ สามารถอธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้ ( $M = 4.35$   $SD = 0.98$ ,  $Max = 5$   $Min = 1$ ) เมื่อพบความผิดปกติจากประเมินผู้สูงอายุ จะแจ้งญาติ ( $M = 4.35$   $SD = 0.82$ ,  $Max = 5$   $Min = 1$ ) และ สามารถเช็ดตัวเพื่อลดไข้ให้ผู้สูงอายุ ( $M = 4.24$   $SD = 1.00$ ,  $Max = 5$   $Min = 1$ )

ตารางที่ 4.17 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนคุณแลสภาพแวดล้อมของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. การพูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ	4.63	0.95	5	3	สูงที่สุด
2. การยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองได้สำเร็จ	4.41	0.70	5	2	สูงที่สุด
3. การแนะนำ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ตามสภาพร่างกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	4.35	0.79	5	2	สูงที่สุด
4. การแนะนำ และช่วยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมภายในบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุการหกล้ม ตกเตียง ตกบันได	3.89	0.94	5	1	สูง
5. การช่วยครอบครัวในการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง โดยการเคลื่อนไหวข้ออย่างถูกวิธี	3.72	0.95	5	1	สูง
6. การแนะนำครอบครัวให้ชักชวนผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้บ้างร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว เช่น ปั่นจักรยาน วันเกิด สงกรานต์	3.78	0.99	5	1	สูง
7. การชั่งน้ำหนักผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตัวเองได้บ้างทุกเดือนเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง	3.53	1.34	5	1	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	4.03	0.61	5	2	สูง

จากตารางที่ 4.17 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านและคุณแลสภาพแวดล้อมของผู้ดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ข้อนี้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดถึงสูง โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ การพูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ( $M = 4.63$   $SD = 0.95$ , Max = 5 Min = 3) รองลงมาได้แก่ การยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อ

ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองได้สำเร็จ ( $M = 4.41$   $SD = 0.70$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ ) และ การแนะนำช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ตามสภาพร่างกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ( $M = 4.35$   $SD = 0.79$ ,  $Max = 5$   $Min = 2$ )

ตารางที่ 4.18 สมรรถนะส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินตามระบบและวิธีการอย่างถูกต้อง ของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤตจะเรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล และแจ้งผู้จัดการดูแล (หมออนามัย)ให้ทราบ	4.23	1.05	5	1	สูงที่สุด
2. ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการท้องร่วง / ท้องเสีย อาหารเป็นพิษเบื้องต้น โดยให้ดื่มน้ำผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ ก่อนส่งสถานบริการสาธารณสุข	3.94	1.10	5	1	สูง
3. ทำความสะอาดแผล(ที่ไม่ใช่แผลติดเชื้อ) ให้ผู้สูงอายุที่มีบาดแผลอย่างถูกวิธี ก่อนนำส่งสถานบริการสาธารณสุข	3.59	1.25	5	1	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	3.86	0.97	5	1	สูง

จากตารางที่ 4.18 สมรรถนะส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินตามระบบและวิธีการอย่างถูกต้องของผู้ดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในบทบาทหน้าที่ข้อนี้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดถึงสูง โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรกคือ เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤตท่านเรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล และแจ้งผู้จัดการดูแล (หมออนามัย)ให้ทราบ ( $M = 4.23$   $SD = 1.05$  ,  $Max = 5$   $Min = 1$ )

ตารางที่ 4.19 สมรรถนะจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. การแนะนำให้ครอบครัวแยกประเภทของขยะติดเชื้อเช่นผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำลีทำความสะอาด แผล ออกจากขยะปกติ	3.85	2.78	5	2	สูง
2. การสอนครอบครัวในการกำจัดขยะติดเชื้อ ต้องผ่านการฆ่าเชื้อ ก่อนนำไปทิ้งในภาชนะที่ชุมชนจัดให้	3.60	1.01	5	1	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	3.69	1.74	5	1	สูง

จากตารางที่ 4.19 สมรรถนะจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องของผู้ดูแล ภาพรวมของรายข้อย่อยทุกข้อในบทบาทหน้าที่ข้อนี้ มีค่าเฉลี่ยสูง โดยรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรกคือ แนะนำให้ครอบครัวแยกประเภทของขยะติดเชื้อเช่นผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำลีทำความสะอาด แผล ออกจากขยะปกติ ( $M = 3.85$   $SD = 2.78$  , Max = 5 Min = 2)

ตารางที่ 4.20 สมรรถนะในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. ยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ	4.71	0.54	5	2	สูงที่สุด
2. ใ้การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านดูแลทุกคนอย่างเสมอภาค ไม่มีอคติ	4.61	0.60	5	3	สูงที่สุด
3. การจัดยาให้ผู้สูงอายุรับประทานได้ อย่างถูกต้อง	3.58	1.33	5	1	ต่ำ
4. การดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	3.17	1.24	5	1	ปานกลาง
5. การดูแลการรับประทานอาหาร หรือป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.62	1.31	5	1	ปานกลาง

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
6. การทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	2.50	1.36	5	1	ต่ำ
7. สามารถให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง	2.20	1.43	5	1	ต่ำ
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	3.29	0.82	5	1	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.20 สมรรถนะการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของผู้ดูแล ภาพรวมของรายชื่อย่อยทุกข้อในบทบาทหน้าที่ข้อนี้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดถึงต่ำ โดยรายชื่อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ( $M = 4.71$   $SD = 0.54$ , Max = 5 Min = 2) และให้การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านดูแลทุกคนอย่างเสมอภาค ไม่มีอคติ ( $M = 4.61$   $SD = 0.60$ , Max = 5 Min = 3) ส่วนสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การจัดยาให้ผู้สูงอายुरับประทานได้ อย่างถูกต้อง ( $M = 3.58$   $SD = 1.33$ , Max = 5 Min = 1) การทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ( $M = 2.50$   $SD = 1.36$ , Max = 5 Min = 1) สามารถให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ( $M = 2.20$   $SD = 1.43$ , Max = 5 Min = 1)

ตารางที่ 4.21 สมรรถนะด้านการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Max	Min	ระดับ
1. กรณีผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล หรือคนในครอบครัวไม่อยู่บ้าน จะช่วยประกอบอาหารที่สะอาด และถูกสุขลักษณะให้ผู้สูงอายุ	2.55	1.26	5	1	ต่ำ
เฉลี่ยรวมสมรรถนะ	2.55	1.26	5	1	ต่ำ

จากตารางที่ 4.21 สมรรถนะด้านการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยต่ำ โดยข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำคือ กรณีผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล หรือคนในครอบครัวไม่อยู่บ้าน จะช่วยประกอบอาหารที่สะอาด และถูกสุขลักษณะให้ผู้สูงอายุ ( $M = 2.55$   $SD = 1.26$ , Max = 5 Min = 2)

โดยสรุป สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง สมรรถนะรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายुरายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล และการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด ส่วนสมรรถนะตามรายข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ได้แก่ (1) ยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (2) สามารถวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ (3) การพูดคุยให้กำลังใจให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ (4) การส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแลกำหนด (5) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลทุกคนอย่างเสมอภาคไม่มีอคติ (6) เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจะปรึกษาผู้จัดการดูแล (7) การยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองได้สำเร็จ (8) การอธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุและแจ้งญาติ (9) เมื่อพบความผิดปกติจากประเมินผู้สูงอายุจะปรึกษาผู้จัดการดูแล (10) การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ตามสภาพร่างกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (11) หลังไปเยี่ยมจะบันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (12) การไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด (13) ความสามารถในการเช็ดตัวเพื่อลดไข้ให้ผู้สูงอายุ และ (14) เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤตจะเรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล และแจ้งผู้จัดการดูแลให้ทราบ ส่วนสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำได้แก่ การจัดยาให้ผู้สูงอายुरับประทานได้ อย่างถูกต้อง การทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สามารถให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ กรณีไม่มีคนดูแล หรือคนในครอบครัวไม่อยู่บ้าน

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากประเด็นการสนทนาของผู้ดูแล กลุ่มผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นสอดคล้องกับคำถามปลายปิด ในแต่ละข้อของสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 8 ด้าน ในรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้ สามารถศึกษารายละเอียดของมุมมองแต่ละด้าน ผู้ร่วมสนทนาให้ความเห็นสอดคล้องกันกับข้อมูลปริมาณ ดังนี้

(1). การจัดทำรายงานการดูแลผู้สูงอายुरายเดือน เพื่อรายงานผู้จัดการดูแล

(ก) การส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแลกำหนด ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ “แลกเปลี่ยนกันตอนประชุมประจำเดือนทุกเดือนพอส่งรายงานเสร็จ ก็คุยกัน (CG6)” “คุยแลกเปลี่ยนกันตอนเจอกันที่ประชุมสิ้นเดือนและส่งรายงาน (CG8)” “คุยกันเรื่องการดูแล หลังส่งรายงานกับ CM (CG10)”

(2) การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด



(ก) มีการไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังข้อมูลต่อไปนี้ “ไปเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง หรือ 2 ครั้ง แล้วแต่ว่าติดบ้านหรือติดเตียงที่กำหนดให้ จะพูดคุยให้กำลังใจ นวดให้ผู้ป่วย ดูแลเรื่องอาหาร (CG10)” “เวลาไปเยี่ยมอาทิตย์ละครั้งก็จะให้กำลังใจ จับมือ พูดคุย ทั้งผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย (CG9)”

(ข) มีการบันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ดังข้อมูลต่อไปนี้ “วัดความดัน ถ้าผิดปกติจะบอกญาติ แล้วแจ้งหมอทางไลน์ แล้วดีกลงว่าทำอะไรให้ในสมุดเยี่ยมผู้สูงอายุ (CG7)” “วัดความดัน วัดไข้ ชั่งน้ำหนัก พูดคุยถามอาการ แล้วเขียนในสมุดบันทึกการเยี่ยม(CG8) ” “ บันทึกลงในสมุดรายงานการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน (CG10)”

(ค) เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะปรึกษาผู้จัดการดูแล ดังตัวอย่างข้อมูล “แจ้งหมอนามัย (CM) กรณีคนไข้ปกติ แจ้งผู้นำชุมชน กรณี คนไข้จิตเวช (CG1)” “แนะนำญาติพาไปหาหมอ ปรึกษา CM (CG2) ” “ ถ้าพบปัญหากรณีเป็นแผล ถ่ายรูปส่งหมอนามัย (CG10)”

### (3) การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

(ก) มีความสามารถวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล “ดูแลวัดความดัน วัดไข้ ประเมินอาการ (CG3)” “วัดความดัน ดูแลความสะอาด แนะนำ (CG4)” “วัดความดัน ประเมินคนไข้ (CG5)”

(ข) มีการอธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้ ดังข้อมูลต่อไปนี้ “วัดความดัน ถ้าผิดปกติจะแจ้งหมอทางไลน์ (CG7)” “ วัดความดันดูว่าสูงไหม (CG6)”

(ค) มีการแจ้งญาติและรายงาน เมื่อพบความผิดปกติจากประเมินผู้สูงอายุ ดังข้อมูลต่อไปนี้ “วัดความดัน วัดไข้ วัดเอน ถ้าผิดปกติ จะแจ้งญาติและรายงาน CM () (CG10) ” “วัดความดัน ถ้าผิดปกติจะบอกญาติ (CG7)” “ถ้าพบปัญหาในการดูแลจะแจ้งญาติ ปรึกษา CM (CG9) ”

(ง) มีความสามารถเช็ดตัวเพื่อลดไข้ให้ผู้สูงอายุ มีข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างให้คือ “วัดความดัน วัดไข้ ชั่งน้ำหนัก เคยเช็ดตัวให้ผู้สูงอายุมีไข้ แล้วโทรแจ้ง CM(CG8)”

### (4) การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านและดูแลสภาพแวดล้อม

(ก) มีการแนะนำ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ดังกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูล “แนะนำ/สอนญาติให้คุณดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำกายภาพบำบัด สอนออกกำลังกาย (CG1)” “ทำกายภาพบำบัด แนะนำ และพาออกกำลังกาย (CG3)” “ ดูแลความสะอาด พาออกกำลังกาย ดูแลเรื่องยา ทำกายภาพบำบัดให้ (CG9)”

(ข) มีการพูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล “แนะนำเรื่องยา พูดคุยให้กำลังใจ การดูแลผู้ป่วย พูดคุยเป็นเพื่อน (CG5)” “แนะนำ/สอนญาติให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG1)” “พูดคุย แนะนำ ให้กำลังใจ(CG3)”

(ค) มีการยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองสำเร็จ ดังข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง “พาออกกำลังกาย พอทำได้ก็ยอว่าเก่ง เกษขอบ (CG7)” “ดูแลร่างกาย พาผู้สูงอายุออกกำลังกาย กายภาพบำบัด ชื่นชมในความร่วมมือ (CG5)”

(5) การส่งต่อผู้สูงอายุเมื่อเหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วยตามระบบการส่งต่อ

(ก) มีการเรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤต และแจ้งผู้จัดการดูแลให้ทราบ ดังข้อมูลต่อไปนี้ “แนะนำญาติพาไปหาหมอ หรือเรียก 1669 ให้ไปมารับไปโรงพยาบาล ไม่งั้นก็ปรึกษา CM ก่อน (CG2)” “ปรึกษาคูหมอมอ (CM) เรียก 1669 (CG7)”

(6) การจัดการสิ่งปฏิภูลและมูลฝอยอย่างถูกต้อง

(ก) มีการแนะนำให้ครอบครัวแยกประเภทของขยะติดเชื้อออกจากขยะปกติ ดังข้อมูลนี้ “ล้างแผล ถ่ายรูปส่งคูหมอมอ เอาขยะไปแยกทิ้ง (CG10)”

(7) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

(ก) มีความยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล ดังนี้ “อยากช่วยดูแลผู้สูงอายุ มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ (CG6)” “จิตใจที่ได้ช่วยเหลือ คนในหมู่บ้านเดียวกัน (CG4)” “ให้การช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ เราไปเยี่ยมพูดคุยให้ผู้สูงอายุคลายเหงา (CG10)”

(ข) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านดูแลทุกคนอย่างเสมอภาค ไม่มีอคติ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลดังนี้ “ดูแลทุกคนเต็มที่ ดูแลเหมือนกันทุกคน เพราะอายุมากและมีปัญหาช่วยตัวเองไม่ค่อยได้ (CG3)” “ดูแลด้วยความจริงใจ เหมือนญาติ เคารพเหมือนญาติผู้ใหญ่ (CG1)” “จิตใจที่ได้ช่วยเหลือ คนในหมู่บ้านเดียวกัน (CG4)”

(8) สมรรถนะด้านการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ

(ก) มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ กรณีคนในครอบครัวไม่อยู่บ้าน ดังผู้ให้ข้อมูล “เคยทำกับข้าว หาข้าวให้ผู้สูงอายุกิน (CG6)”

## ตอนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล (ADL)

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล จากแบบสอบถามจำนวน 160 ฉบับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลด้านเพศ อายุ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ปีที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ครั้งแรก ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของ ผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	51	31.90
หญิง	109	68.10
รวม	160	100
2. อายุ (ปี)		
60 - 70	19	11.90
71 - 80	48	30.00
81 - 90	65	40.60
91 - 100	28	17.50
$M = 80.78$ ปี คน ( $SD = 8.81$ ) Min = 62 ปี Max = 98 ปี		
รวม	160	100
3. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
ครอบครัว(สามี/ภรรยา/ลูก)	135	84.40
หลาน	19	11.90
ญาติ	6	3.80
รวม	160	100
4. ปีที่ได้รับการประเมิน ADL ครั้งแรก		
พ.ศ. 2559	2	1.30
พ.ศ. 2560	32	20.0
พ.ศ. 2561	73	45.6

ตารางที่ 4.22 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พ.ศ. 2562	53	33.1
รวม	160	100
5. คะแนน ADL ที่ได้รับการประเมินครั้งแรก		
0 - 4	30	18.80
5 - 8	52	32.40
9 - 11	78	48.80
12 - 20	0	0
$M = 7.43$ คะแนน ( $SD = 2.35$ ) Min = 0 คะแนน Max = 10 คะแนน		

จากตารางที่ 4.22 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ศึกษา เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.10 ชาย ร้อยละ 31.90 อายุเฉลี่ย 80.78 ปี สูงสุด 98 ปี ต่ำสุด 62 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.4 อาศัยอยู่กับครอบครัว (ภรรยา และบุตร) อาศัยอยู่กับหลานร้อยละ 11.9 และอาศัยอยู่กับญาติร้อยละ 3.8 เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 45.6) ได้รับการประเมิน ADL ครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ. 2561 ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 33.1 ปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 20 และ ปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 1.3 คะแนน ADL ที่ได้รับการประเมินครั้งแรกเฉลี่ยรวม 7.43 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.80 จะมีคะแนนระหว่าง 9 - 11 คะแนน

**2.2 ผลการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุได้ทำการประเมินตามแบบประเมิน Barthel Activity Daily of Living (Mahoney, FI. & Barthel, D., 1965) จำนวน 10 ข้อ และจัดกลุ่มคะแนน ADL เพื่อจัดระดับการพึ่งพิง ดังตารางที่ 4.23 และ 4.24**

ตารางที่ 4.23 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) ของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	จำนวน	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า		
- ไม่สามารถตัดอาหารเข้าปากได้	15	9.40
- ตัดอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตัดเตรียมไว้ ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า	47	29.40
- ตัดอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	98	61.20
รวม	160	100
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
- ต้องการความช่วยเหลือ	32	20.00
- ได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	128	80.00
รวม	160	100
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้		
- ไม่สามารถนั่งได้ หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น	20	12.50
- ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง	34	21.30
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	38	23.80
- ทำได้เอง	68	42.50
รวม	160	100
4. การใช้ห้องน้ำ		
- ช่วยตัวเองไม่ได้	35	21.90
- ทำเองได้บ้าง	59	36.90
- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	66	41.30
รวม	160	100
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		
- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	40	25.00

ตารางที่ 4.23 (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	จำนวน	ร้อยละ
- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคน เข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	25	15.60
- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำ ตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	35	21.90
- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	60	37.50
รวม	160	100
6. การสวมใส่เสื้อผ้า		
- ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย	44	27.50
- ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	40	25.00
- ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่ เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	76	47.50
รวม	160	100
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
- ไม่สามารถทำได้	76	47.50
- ต้องการคนช่วย	41	25.60
- ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอา ขึ้นลงได้ด้วย)	43	26.90
รวม	160	100
8. การอาบน้ำ		
- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	70	43.80
- อาบน้ำได้เอง	90	56.20
รวม	160	100
9. การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
- กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	49	30.62
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	46	28.75
- กลั่นได้เป็นปกติ	65	40.63
รวม	160	100

ตารางที่ 4.23 (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	จำนวน	ร้อยละ
10. การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
- กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้	45	28.10
- กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	58	36.30
- กลืนได้เป็นปกติ	57	35.60
รวม	160	100

ตารางที่ 4.24 แสดงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ

ระดับคะแนน ADL	จำนวน	ร้อยละ
0 - 4	30	18.10
5 - 8	12	7.50
9 - 11	30	18.80
12 - 20	88	55.00

$M = 11.82$  คะแนน ( $SD = 6.06$ ) Min = 0 คะแนน Max = 20 คะแนน

จากตารางที่ 4.23 ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 61.20 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ แต่มีร้อยละ 9.40 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ผู้สูงอายุสามารถล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โคนหวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมาได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุสามารถลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้ร้อยละ 42.50 มีความต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 23.80 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น ร้อยละ 12.50 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการใช้ห้องน้ำ (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้) เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย ร้อยละ 41.30 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 21.90 ผู้สูงอายุเดินหรือเคลื่อนที่ได้เองในห้องหรือในบ้านร้อยละ 37.50 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ร้อยละ 25.00 ช่วยตัวเองในการใส่เสื้อผ้าได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้

เหมาะสมก็ได้) ร้อยละ 47.50 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย ร้อยละ 27.50 ไม่สามารถขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้ ร้อยละ 47.50 ต้องการคนช่วยในการขึ้นบันได 1 ชั้น ร้อยละ 25.60 อาบน้ำได้เอง ร้อยละ 56.20 ต้องมีคนช่วยหรืออาบน้ำให้ ร้อยละ 43.80 สามารถกั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ ร้อยละ 40.63 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ร้อยละ 30.62 การกั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมานั้น กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ ร้อยละ 28.10 และสามารถกั้นได้ ร้อยละ 35.60

จากตารางที่ 4.24 เมื่อนำคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันวันของผู้สูงอายุ (ADL) เฉลี่ยรวม 11.82 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน นำมาจัดกลุ่มแปลผล (กรมอนามัย, 2559) พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 12 -20 ซึ่งจัดเป็นกลุ่มไม่พึ่งพิงที่สามารถช่วยตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน มีร้อยละ 55.00 คะแนน ADL ระหว่าง 9 -11 มีโรคประจำตัว/ช่วยตนเองได้บ้างในกิจวัตรประจำวัน จัดเป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 18.80 คะแนนระหว่าง 5 - 8 มีภาวะทุพพลภาพ มีโรคประจำตัว ช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย จัดเป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิงรุนแรง ร้อยละ 7.50 และ คะแนนระหว่าง 0 - 4 ทุพพลภาพ, อัมพาต นอนติดเตียง เป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 18.10

โดยสรุป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษานี้ เกินครึ่งไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีร้อยละ 17.50 อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรงช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ร้อยละ 8.10 และอยู่ในภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยมีร้อยละ 18.10 ในรายช้อย่อยของ ADL ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ที่พบมากที่สุดคือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้นไม่สามารถทำได้ (ร้อยละ 47.50) การอาบน้ำต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (ร้อยละ 43.80) การกั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (ร้อยละ 30.62) การกั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ (ร้อยละ 30.60) การสวมใส่เสื้อผ้าต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย (ร้อยละ 27.50) และการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนได้ (ร้อยละ 25.00)



### ตอนที่ 3 อำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลจำนวน 105 ฉบับ ผู้ดูแล จำนวน 114 ฉบับ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำนวน 160 ฉบับ นำมาหาสมรรถนะที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) โดยใช้สถิติ Multiple Regression โดยกำหนดค่าให้

- $R^2_{adj}$  หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย  
 b หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการประมาณ  
 Beta หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน  
 t หมายถึง ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย  
 P หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังแสดงในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	b	SE	Beta	t	P
สมรรถนะของผู้จัดการดูแล	3.000	1.398	.198	2.146	.034
สมรรถนะของผู้ดูแล	-2.871	.869	-.304	-3.303	.001

$R^2_{adj} = .127$      $SE = 5.881$      $F = 8.555^*$

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.25 พบว่า สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และ สมรรถนะของผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายความผันแปรความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 12.70 โดยพบว่าที่สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และ สมรรถนะของผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = .05$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้คือ สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ” นี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) ออกแบบโดยการเก็บ ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

1.1.2 เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

1.1.3 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากร มีดังนี้

1) ประชากร เพื่อศึกษาสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 กลุ่ม เพื่อตอบแบบสอบถาม และ สนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีก 1 กลุ่ม เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมภาษณ์เจาะลึก ดังนี้

(1) ประชากรสำหรับตอบแบบสอบถาม และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

(ก) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (2558) ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก ได้ประชากรที่เป็นผู้จัดการดูแลจำนวน 106 คน ที่ตอบแบบสอบถามกลับคืน และตรวจสอบแล้วว่ามีคุณสมบัติ จำนวน 105 คน

(ข) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็น อสม. ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย (2556) ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ได้ประชากรที่เป็นผู้ดูแลจำนวน 114 คน ที่ตอบแบบสอบถาม และตรวจสอบแล้วว่ามีความสมบูรณ์ จำนวน 114 ฉบับ

(ค) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ได้ประชากรที่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล จำนวน 160 คน ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 160 คน

(2) ผู้แทนประชากรสำหรับสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อยืนยันประเด็นสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล ในแบบสอบถาม เลือกละเจาะจงในกลุ่มผู้จัดการดูแล 10 คน และ กลุ่มผู้ดูแล จำนวน 10 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา และของกรมอนามัย (2559) ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 ชุด สำหรับผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 3 ประเด็นการสนทนากลุ่ม สมรรถนะการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล

### 1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ทำหนังสือจาก สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ประชุมชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัย ประสานผู้รับผิดชอบงาน โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ขอเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้จัดการดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หลังการประชุมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดบุรีรัมย์ประจำไตรมาส โดยจัดห้องให้ผู้จัดการดูแล นั่งตอบแบบสอบถามโดยอิสระไม่รบกวนซึ่งกันและกัน ต่อจากนั้นประสานผู้จัดการดูแลประจำสถานบริการสาธารณสุข นัดหมายผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หลังการประชุมส่งรายงานประจำเดือน แล้วแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแล โดยจัดสถานที่ให้นั่งตอบแบบสอบถามโดยอิสระ ไม่รบกวนซึ่งกันและกันและขอที่อยู่ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดออกประเมิน ADL ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำมาสรุปผลสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นสมรรถนะในประเด็นต่างๆ นำมาเป็นแนวทางในการตั้งคำถามในการสนทนากลุ่มทั้งในกลุ่มผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล

2) กำหนดวันสนทนากลุ่ม โดยนัดหมายผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ที่เป็นตัวแทนที่คัดเลือกได้ตามเกณฑ์ ผ่านหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อการสนทนากลุ่ม

### 1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1) *ข้อมูลปริมาณ* จากแบบสอบถามสมบูรณ์ที่ได้ เป็นกลุ่มผู้จัดการดูแลจำนวน 105 ฉบับ (ร้อยละ 99.06) กลุ่มผู้ดูแล จำนวน 114 ฉบับ (ร้อยละ 100) คำถามปลายเปิดในชุดที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของแต่ละกลุ่มมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนการประเมินสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุ จัดระดับสมรรถนะเป็นรายด้านและรายข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล วิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มคะแนนที่ประเมินได้เป็น 4 กลุ่มการพึงพิง และนำข้อมูลสมรรถนะการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล มาหาค่าการทำนายที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ สถิติ Multiple Regression

2) *ข้อมูลเชิงคุณภาพ* จากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ที่ได้การจดบันทึก และถอดเทปการสนทนา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็นกลุ่มๆตามประเด็นสนทนา ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะเปิดเผยเป็นภาพรวม ใช้รหัสแทนการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

### 1.3 ผลการวิจัย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

#### 1.3.1 ตอนที่ 1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล

##### 1) *ผู้จัดการดูแล*

(1) *ข้อมูลทั่วไป* เกือบทั้งหมดร้อยละ 98.10 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40 ปี ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 58 ปี อบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุสูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 40.10 ปี 2560 ร้อยละ 39.00 ปี 2561 ร้อยละ 20.90 ระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ย 2 ปี 2 เดือน ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 4 ปี 3 เดือน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบที่ต้องติดตามกำกับดูแล เฉลี่ย 13 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 53 คน มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในพื้นที่เฉลี่ย 22 คน ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 127 คน จำนวนผู้สูงอายุที่ทำแผนการดูแลรายบุคคลของงบประมาณสนับสนุนการจัดการดูแล เฉลี่ย 22 คน ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 127 คน

(2) *สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล* ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล จากคำถามปลายเปิด สมรรถนะในภาพรวมทุกด้านของผู้จัดการดูแล พบว่ามีสมรรถนะสูง สมรรถนะรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการใช้หลักฐานข้อมูลที่พบส่วนสมรรถนะรายข้อย่อย ที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุดได้แก่ จัดให้มีการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์เชลเอติแอล การจัดการให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความเสียสละ โดยไม่รับสิ่งตอบแทนใดๆ จากผู้สูงอายุและครอบครัวการ

ให้ความสำคัญในการให้ความดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีคนในครอบครัวคอยดูแล การประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการดูแลช่วยเหลือในผู้สูงอายุ มีการสื่อสารระหว่างกันกับผู้ดูแลเพื่อร่วมจัดการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อครบรอบปีในการดูแลจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแล การจัดการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบด้วยความเสมอภาค ความสามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ของกรมอนามัยเพื่อบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ การใช้ TAI จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่มเพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อไปเยี่ยมจะรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและครอบครัวได้อธิบายปัญหาการเจ็บป่วย การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ/ครอบครัวที่ต้องการรับความช่วยเหลือรวมทั้งตรวจสอบข้อมูลต่างๆด้วยตัวเองก่อนวางแผนการดูแล สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยปานกลางคือ การไปศึกษาจากแหล่งอื่นๆเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาการจัดการดูแล

สรุปประเด็นการสนทนากลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นสอดคล้องกับคำถามปลายเปิดในสมรรถนะข้อย่อยทุกข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ดังนี้คือ จัดการสำรวจ และคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์เชลเอ็ดิแอล การจัดการให้ผู้ดูแลดูแลผู้สูงอายุไม่เกินเกณฑ์ จัดการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเสียสละ ให้ความสำคัญในการให้ความดูแล ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีคนในครอบครัวดูแล ประเมินสถานะสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม จัดลำดับความสำคัญความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ การสื่อสารระหว่างกันกับผู้ดูแลเพื่อจัดการดูแล ครบรอบปีจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จัดการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบด้วยความเสมอภาค สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ใช้ TAI จำแนกผู้สูงอายุ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อของบประมาณ รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้อธิบายปัญหาการเจ็บป่วย สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ/ครอบครัวที่ต้องการรับความช่วยเหลือและตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ด้วยตัวเอง

## 2. ผู้ดูแล

(1) ข้อมูลทั่วไป เกือบทั้งหมดร้อยละ 96.20 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 49.12 ปี ต่ำสุด -31 ปี สูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 33.10 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 21.80 มีเพียงส่วนน้อยที่จบปริญญาตรีร้อยละ 3.80 รายได้เฉลี่ย 5,000 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 45,000 บาท ผู้ดูแลผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยในปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 57.20 ปี 2560 ร้อยละ 30.80 ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.90 ได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้าอบรม โดยการสมัครเข้ารับการอบรม

ด้วยตนเองร้อยละ 42.22 ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ย 2 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 3 ปี 2 เดือน มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล เฉลี่ย 3.59 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 14 คน สถานะในชุมชนของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.22 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ เป็นเพื่อนบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 36.46

(2) สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล สมรรถนะในภาพรวมของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะรวมอยู่ในระดับสูง สมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่นั้น ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน การเขียนรายงานการปฏิบัติงาน เสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด ส่วนสมรรถนะรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีความยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านดูแลทุกคนอย่างเสมอภาคไม่มีอคติ สามารถวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ พุดคุยให้กำลังใจให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแลกำหนด เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจะปรึกษาผู้จัดการดูแล การยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองได้สำเร็จ อธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้ การแจ้งญาติเมื่อพบความผิดปกติจากประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การแนะนำช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ตามสภาพร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หลังไปเยี่ยมจะบันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ การไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถเช็ดตัวเพื่อลดไข้ให้ผู้สูงอายุ เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤตท่านเรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล และแจ้งผู้จัดการดูแลให้ทราบ ส่วนสมรรถนะข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำได้แก่ การจัดยาให้ผู้สูงอายุรับประทานได้อย่างถูกต้อง การทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการช่วยประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุกรณีไม่มีคนดูแลหรือคนในครอบครัวไม่อยู่บ้าน

สรุปประเด็นการสนทนากลุ่มสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลมีความเห็นสอดคล้องกับคำถามปลายเปิดในสมรรถนะย่อยทุกข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ดังนี้คือ ยินดีและเต็มใจดูแลผู้สูงอายุ ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคนอย่างเสมอภาค สามารถวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ พุดคุยให้กำลังใจให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแลกำหนด เมื่อพบปัญหาการดูแลจะปรึกษาผู้จัดการดูแล ยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองได้สำเร็จ อธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ แจ้งญาติเมื่อพบความผิดปกติจากประเมินผู้สูงอายุ แนะนำช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการออกกำลังกาย แขน ขา หลังไปเยี่ยมจะบันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

ไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถเช็คตัวเพื่อลดค่าใช้จ่ายให้ผู้สูงอายุ เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤตท่านเรียก 1669 รีบไปโรงพยาบาล และแจ้งผู้จัดการดูแล

### 1.3.2 ตอนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.10 ชายร้อยละ 31.90 อายุเฉลี่ย 80.78 ปี สูงสุด 98 ปี ต่ำสุด 62 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.4 อาศัยอยู่กับครอบครัว (สามี ภรรยา/บุตร) อาศัยอยู่กับหลานร้อยละ 11.9 และอาศัยอยู่กับญาติร้อยละ 3.8 เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 45.6) ได้รับการประเมิน ADL ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2561 ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 33.1 ปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 20 และ ปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 1.3 คะแนน ADL ครั้งแรกที่ได้รับการประเมิน 7.43 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน

2) ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนที่ศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 11.82 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน เมื่อจัดกลุ่มการพึ่งพิงพบว่า เกินครึ่งร้อยละ 55.00 ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มที่มีโรคประจำตัว/ช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลางร้อยละ 18.80 กลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพ/มีโรคประจำตัว/ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรงร้อยละ 7.50 และทุพพลภาพ, อัมพาต/นอนติดเตียงอยู่ในภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ร้อยละ 18.10 ในข้อย่อยของ ADL ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ที่พบมากที่สุดคือ ไม่สามารถขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้ ไม่สามารถอาบน้ำด้วยตนเองได้ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่สามารถกลืนถ่ายอุจจาระได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ไม่สามารถกลืนปัสสาวะที่ผ่านมาไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าต้องมีคนสวมใส่ให้ และไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนได้

1.3.2 ตอนที่ 3 อำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และ สมรรถนะของผู้ดูแลร่วมกันอธิบายความผันแปรความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 12.70 โดยพบว่าสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และ สมรรถนะของผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = .05$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้คือ สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

## 2. การอภิปรายผล

อภิปรายผลในประเด็นสำคัญที่พบตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด 3 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยๆ ดังนี้

ตอนที่ 1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล

### 1. ผู้จัดการดูแล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้จัดการดูแล เกือบทั้งหมดร้อยละ 98.10 เป็นเพศหญิงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ส่วนอายุ พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มนี้มีอายุมากกว่า 45 ปี อายุเฉลี่ย 40 ปี และ อายุสูงสุดถึง 58 ปี เป็นอายุที่ค่อนข้างมากสำหรับการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีภาระงานด้านเอกสารต่างๆ เช่น การเขียน care plan การเบิกจ่ายค่าตอบแทนของ CG การบันทึกข้อมูลทั้ง 4 โปรแกรมตลอดจนการดึงข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการประเมินผล ผู้จัดการดูแลกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 30,000 บาท และต่ำสุด 13,000 บาท เป็นรายได้ที่ต้องใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผลจึงจะดำรงชีพได้ จากข้อมูลการสนทนากลุ่มจากการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลว่าต้องใช้รถส่วนตัวไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ผู้จัดการดูแล เกือบร้อยละ 80 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2559 - 2560 และทำหน้าที่เป็น CM มาแล้วเฉลี่ย 2 ปี 2 เดือน สูงสุด 4 ปี 3 เดือน แสดงว่าหลังอบรมมาแล้ว 3 - 4 ปี CM ยังคงทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแล เป็นความรู้ที่ได้รับมาก่อนหน้านาน เนื่องจากมี CM สถานบริการละ 1 คน จึงต้องกำกับดูแล CG เฉลี่ย 13 คน สูงสุด 53 คน และผู้สูงอายุ เฉลี่ย 22 คน สูงสุด 127 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการจัดการดูแล สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลหรือญาติที่ให้ข้อมูลว่า หมออนามัยไม่ค่อยมา จะมาเดือนละครั้ง นอกจากนี้ข้อมูลการมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในพื้นที่ เท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่ทำ care plan ของบประมาณสนับสนุนการจัดการดูแล แสดงให้เห็นว่า ผู้จัดการดูแลสามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม ตอบสนองตัวชี้วัดที่กรมอนามัย (2557) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2559) ที่กำหนดให้คือ ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

1.2 สมรรถนะของผู้จัดการดูแล จากข้อมูลปริมาณ สมรรถนะในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา บันลือฤทธิ์ (2558) ชัญญา มณีวรรณ วันเพ็ญแก้วปาน จุฑาธิป ศีลบุตร และ สุทธิพร มุลศาสตร์ (2562) ที่ศึกษาพบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ในการจัดการดูแลราย



ด้านนั้น ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของวิชาชีพพยาบาลที่ควรมี

สมรรถนะรายชื่อย่อยในแต่ละด้านของข้อมูลปริมาณที่มีระดับสูงที่สุดและ สอดคล้องกับข้อมูลคุณภาพ ได้แก่ (1) จัดให้มีการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์เชลเอติแอล (2) การจัดการให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งตอบตัวชี้วัดของหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ในเรื่อง สักส่วนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวน ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (3) การให้ความสำคัญในการให้ความดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีคนในครอบครัวคอยดูแล (4) การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการดูแลช่วยเหลือในผู้สูงอายุ (5) การใช้ TAI จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่มเพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม (6) การจัดทำ care plan ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสมรรถนะ 6 ชื่อย่อยนี้ ก็สอดคล้อง เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบสมรรถนะหลักที่ จำรัส ประสิว และ วิสุทธิ์ สุกรินทร์ (2560) ที่ศึกษาพบว่าสมรรถนะหลักของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวคือ การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การบริหารจัดการและวางแผนกลยุทธ์ สามารถจัดระบบบริการให้ครอบคลุมเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (7) การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อไปเยี่ยม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรรัตน์ บุญคุณะ พรรณี ไพศาลทักษิณ อุษณีย์ วรรณาลัย ปิยธิดา จุลละปีย์ และ กรรณิการ์ กองบุญเกิด (2559) ที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ คือการประเมิน สภาวะและปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุ แต่แตกต่างกับการศึกษาของ บุญธรรม บุญนิล และพิชญ์ จินใจเย็น (2560) ที่ศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการประเมินการจัดการปัญหาของบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุคิดเพียงอยู่ในระดับปานกลาง (8) เมื่อไปเยี่ยมจะรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวได้อธิบายปัญหาการเจ็บป่วย (9) มีการสื่อสารระหว่างกันกับผู้ดูแลเพื่อร่วมจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (10) เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถปรึกษาได้โดยผ่านช่องทางต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชิต สุขสบาย (2560) พบว่าทีมหมอครอบครัวใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือหรือการพบปะโดยตรงในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ (11) เมื่อครบรอบปีในการดูแล จะประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแล (12) สอนการบันทึกปัญหา และการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแล (13) การจัดการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบด้วยความเสมอภาค (14) จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความเสียสละโดยไม่รับสิ่งตอบแทนใดๆจากผู้สูงอายุและครอบครัว (15) ความสามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ของกรมอนามัยเพื่อบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ (16) การประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ที่พบว่าหลายพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือกันในชุมชนโดยทีมสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคประชาชน จัดบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

## 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

**2.1 ข้อมูลทั่วไป** เกือบทั้งหมดร้อยละ 96.20 เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร สุขจิตต์ จงรัก และคณะ ดวงทอง พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรวุฒิ ฐะวะคำ (2562) Dixe, Teixeira, Areosa, Frontini & De (2019) และ Alvarez, Ong and Abocejo (2017) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ดูแล มีอายุเฉลี่ย 49.12 ปี สูงสุด 70 ปี ซึ่งเป็นอายุที่ค่อนข้างมากสอดคล้องกับการศึกษาของ Dixe, Teixeira, Areosa, Frontini & De (2019) ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลไม่เป็นทางการ มีอายุเฉลี่ย 58 ปี ผู้ดูแล เกือบร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Alvarez, Ong and Abocejo (2017) ที่พบว่าสามในสี่ของผู้ดูแลสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมหรือระดับการศึกษาต่ำ เกินครึ่งของผู้ดูแลนี้มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งค่อนข้างต่ำ แต่อย่างไรก็ตาม การเป็น CG ก็จะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้นอีกเดือนละ 600 – 1,500 บาท ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล ผู้ดูแลมีอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 76.30 เป็นประเด็นในการพิจารณาการทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้ดูแลอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยมาแล้วเกินกว่า 3 ปีร้อยละ 86.9 ซึ่งเป็นเวลาที่ค่อนข้างนานและความรู้บางอย่างที่อบรมแล้วไม่ได้ใช้ อาจจะมีลืมเลือนไป และ ผู้ดูแลมีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล เฉลี่ย 3.59 คน สูงสุด 14 คน เป็นจำนวนที่ค่อนข้างมากอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล เพราะนอกจากจะทำหน้าที่เป็น CG แล้ว จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลร้อยละ 46.22 ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย

**2.2 สมรรถนะของผู้ดูแล** จากข้อมูลปริมาณรายข้อสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยสมรรถนะในภาพรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ชญานุช กุ่ม โสม สุนีย์ ลางามพันธ์ และเพลินพิศ บุญญามาติก (2562) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลที่ดีอยู่ในระดับดี และ แตกต่างกับการศึกษาของ กุลวิณัฏฐิกร บรรพต วิธรรณพล และ อิศระ สุวรรณพล (2561) และ ศศิธร สุขจิตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่าสมรรถนะโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ได้แก่ การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนเพื่อรายงานต่อผู้จัดการดูแล และการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด เป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแล ทุกคนต้องทำ เพื่อนำมาส่งให้ CM ทุกเดือนในการประชุมสิ้นเดือนและรับค่าตอบแทนรายเดือน

สมรรถนะรายชื่อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและสอดคล้องกับข้อมูลคุณภาพที่ศึกษา ได้แก่

- (1) ยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นข้อมูลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในการศึกษารุ่นนี้ ที่พบว่า ผู้ดูแลสมัครเข้ารับการอบรมเป็นผู้ดูแลด้วยตนเอง ถึงร้อยละ 42.22 และ การศึกษาของ Kyongok (2016) ที่พบว่า ความ สามารถของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงบวก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
- (2) การยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเองได้สำเร็จ
- (3) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านดูแลทุกคนอย่างเสมอภาคไม่มีอคติ
- (4) การพูดคุยให้กำลังใจให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฅนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตตา และ เพชรา ชวนะพันธุ์ (2556) ที่ประเมินความรู้ เจตคติ ทักษะของผู้ดูแลในมิติการดูแลด้านจิตใจที่มีคะแนนเกณฑ์อยู่ในระดับดี การศึกษาของ สุขศิริ ประสมสุขนัฐกร นิลเนตร และ เกรียงไกร เกิดหนู (2563) ที่พบว่าความรู้ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับข้อมูลทั้งปริมาณและคุณภาพที่พบในการศึกษารุ่นนี้พบว่าผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูง ส่วนการดูแลทางด้านร่างกายจะมีค่าเฉลี่ยปานกลางและต่ำ
- (5) วัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ
- (6) การอธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุได้
- (7) การแจ้งญาติ
- (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ตามสภาพ ร่างกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
- (9) การสามารถเช็ดตัวเพื่อลดไข้ให้ผู้สูงอายุ
- (10) การไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และช่วยดูแลผู้สูงอายุในกิจวัตรประจำวันในการแก้ปัญหาสุขภาพ ทำงานตามแผนการดูแล และการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟู และ ฅนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตตา และเพชรา ชวนะพันธุ์ (2559) ที่ศึกษาพบว่าความรู้และทักษะของผู้ดูแลในด้านกาย สังคม สิ่งแวดล้อม มีคะแนนอยู่ในระดับดี
- (11) เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุปรึกษาผู้จัดการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการดูแล ร่วมกันทำงานสอดคล้องกับความต้องการการรับบริการ และการศึกษาของ ชญานุช คุ่มโสม สุณีย์ ลางามพันธ์และ เพลินพิศ บุญญามาลิก (2562) ที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญคือ การกำกับดูแลจากผู้จัดการดูแล แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Kloppers and Dyk (2016) ที่พบว่าสมรรถที่ด้อยของผู้ดูแลคือขาดการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- (12) เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤตจะเรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล และแจ้งผู้จัดการดูแลให้ทราบ
- (13) การส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแลกำหนด
- (13) หลังไปเยี่ยมจะ

บันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องทำ เนื่องจากผู้ดูแลต้องนำมาส่งผู้จัดการดูแลทุกเดือนเพื่อรับค่าตอบแทนดังกล่าวมาแล้ว

ตอนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.10 ซึ่งก็สอดคล้องกับอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยที่เพศหญิงอายุคาดเฉลี่ยจะมากกว่าเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) อายุเฉลี่ย 80.78 ปี สูงสุด 98 ปี เป็นอายุที่สูงมากแต่ไม่มีคุณภาพ เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมิน ADL ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2561 และประเมินเมื่อปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 33.1 ปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 20 และ ปีพ.ศ. 2559 ร้อยละ 1.30 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดสามารถดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลในการจัดการดูแลให้ครอบคลุม

### 1.1 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษานี้ เกินครึ่งไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งตอบตัวชี้วัดระดับพื้นที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศ วัชรคุปต์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การให้บริการดูแลระยะยาวในรูปแบบปกติภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองมากขึ้น การศึกษาของ Kono, Izumi, Yoshiyuki and Kanaya (2016) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยม มีแนวโน้มที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น แต่แตกต่างกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์ นิสาชล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์ (2559) และ Kwshari and Shanker (2017) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ เกินร้อยละ 50 การศึกษานี้ประเมินพบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ ร้อยละ 18.10 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Kwshari and Shanker (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างรุนแรงสูงสุดพบว่า มีร้อยละ 13.5 สอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีสุขภาพกายก่อนและหลังการดูแลไม่แตกต่างกัน

ส่วนในข้อย่อยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ที่พบมากที่สุดคือ ไม่สามารถขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้ ไม่สามารถอาบน้ำด้วยตนเองได้ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่สามารถกลืนถ่ายอุจจาระได้หรือต้องการ การสวนอุจจาระอยู่เสมอ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าต้องมีคนสวมใส่ให้ ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนได้ แตกต่างกับการศึกษาของ Kwshari and Shanker (2017) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่พบปัญหาเรื่องการขับถ่าย สามารถก้าวขึ้นบันได 1 ชั้นได้ร้อยละ 47.40 และ แต่มีขอบเขตของการเคลื่อนไหวที่จำกัดค่อนข้างสูง

ตอนที่ 3 อำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และสมรรถนะของผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ตอบสนองผลลัพธ์เฉพาะด้านผู้สูงอายุของนโยบายของรัฐบาล คือ การทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมาก เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของชญาณุช คุ่มโสม สุณีย์ ลางามพันธ์และ เพลินพิศ บุญญามาลิก (2562) ที่พบว่าการทำกับดูแลจากผู้จัดการดูแล ความรู้และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพิง สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง และ ชัญญา มณีวรรณ วันเพ็ญ แก้วปาน จุฑาธิป ศีลบุตร และ สุทธิพร มุลศาสตร์(2562) ที่พบว่าสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามบทบาทของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการดูแลระยะยาว

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

**3.1.1 นำผลการศึกษสมรรถนะในการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลในข้อ้อยที่อยู่ในระดับปานกลางของ CM** คือ การศึกษาดูงานหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอาจเป็นเนื่องจากมีภาระงานมาก และสมรรถนะข้อ้อยของ CG ที่ต่ำ เช่น ให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การจัดยาให้ผู้สูงอายुरับประทานได้อย่างถูกต้อง นำข้อมูลนี้ไปใช้ในการทบทวนความรู้และทักษะในประเด็นดังกล่าว ให้ได้รับการพัฒนาทักษะและความสามารถเพิ่มขึ้น

**3.1.2 สนับสนุนการชี้แจงทำความเข้าใจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ในการประสานจัดการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ตลอดจนการเบิกจ่ายงบประมาณในการจัดการดูแล

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

**3.2.1 ศึกษาสมรรถนะผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในทุกกลุ่มวิชาชีพ** ที่ทำหน้าที่ผู้จัดการดูแลของหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลสมรรถนะการจัดการดูแลที่ครอบคลุม

**3.2.2 ควรทำวิจัยถึงทดลองในกลุ่มผู้ดูแล** โดยเน้นการจัดอบรมสมรรถนะการดูแล ด้านร่างกายที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ เช่น การจัดยาให้ผู้สูงอายุรับประทาน การทำความสะอาดปากและฟันให้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เพื่อติดตาม การเปลี่ยนแปลงของระดับสมรรถนะดังกล่าว

**3.2.3 การวิจัยและพัฒนา** โดยนำผลของงานวิจัยนี้มาเป็นร่างในการพัฒนาการ จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เช่น พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ตอบสนองความ ต้องการข้อมูลของทุกหน่วยงานเพื่อลดขั้นตอนการทำงานและการเพิ่มศักยภาพในการจัดการดูแล



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก [https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2551/issue\\_03/08.pdf](https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2551/issue_03/08.pdf).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). ทิศทางการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุตามนโยบายปี 2559. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก <http://www.dop.go.th/th/laws/1/32/776>.
- . (2558). รัฐธรรมนูญกับผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก [http://www.dop.go.th/download/laws/regulation\\_th\\_20152509155819\\_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509155819_1.pdf).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>.
- กรมอนามัย. (2560). คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันสมองเสื่อม สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- . (2558) คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- . (2557) เกณฑ์การประเมินตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ฉบับปรับปรุงปี 2557) สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก <https://www.udo.moph.go.th/thepost/upload/UX4cZPFMRiXzczWnqcMqylj5O/EgzvAFiPptt9hEgeHvmTU5Xuwo.doc>
- . (2556) กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลสุขภาพต้นแบบดีเด่น. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- . (2556) คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ ประไพพิศ สิงหเสม และวัลลภ นาคศรีสังข์. (2560). สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/84950>.
- กุลวิณี วุฒิกิจ,บรรพต วิรุณราช และ อิศระ สุวรรณบล. (2561). การศึกษารูปแบบการพัฒนาความสามารถสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/spurhs/article/view/113513>.



- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559).  
*แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ( พ.ศ. 2560 - 2564)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก <http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/12-2560-2564.pdf>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (2562). สรุปการประชุมคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดบุรีรัมย์ และคณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จังหวัดบุรีรัมย์ (ครั้งที่ 1) [เอกสารอัดสำเนา]
- คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. (2525). *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 - 2544*. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562 จาก <http://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer/viewer.php>.
- จำรัส ประสิว และ วิสุทธิ์ สุกรินทร์. (2560) . *การพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี*. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2562 จาก <https://digitaljournals.moph.go.th/dj/index.php/JHS/article/view/5082/4813>.
- จันทิมา บันลือฤทธิ. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี*. สืบค้น เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2562 จาก <http://newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=364122>.
- ฉัตรสุมน พงศ์กัญญา. (2558). *การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การจัดการสุขภาพ*. สืบค้นจาก [https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/download/161789/116698/](https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/download/161789/116698/).
- ชญาณัฐ คุ่มโสม สุณีย์ ลางามพันธ์ และ เพ็ญพิศ บุญญามาลิก. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว: จังหวัดร้อยเอ็ด*. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2562 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/239959>.
- ชัชวาล เรื่องประพันธ์. (2539). *สถิติพื้นฐาน* หน้า 15 ขอนแก่น คลังน่านาวิทยา.
- ชญานา มณีวรรณ วันเพ็ญ แก้วปาน จุฑาธิป ศีลบุตร และ สุทธิพร มูลศาสตร์. (2562). *ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการสุขภาพที่ 9*. สืบค้นจาก [http://thaiphn.org/journal/thai/2562/journal1\\_62/9%20%E0%B8%8A%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8D%E0%B8%B2%20%E0%B8%AA%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B9%8C%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A2.pdf](http://thaiphn.org/journal/thai/2562/journal1_62/9%20%E0%B8%8A%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8D%E0%B8%B2%20%E0%B8%AA%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B9%8C%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A2.pdf).

คนยา สุเวทย์เวทิน. (2560). การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง. สืบค้นจาก

<https://www.thaihealth.or.th/Content/35697-%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%87.html>.

ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตตา สราวุฒินุญสุข และ จินตนา พัฒนพงศธร (2556) รายงานผลสำรวจ  
เรื่องด่วนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556  
กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี

ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตตา และเพชรรา ชวนะพันธ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะ  
พึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4. สืบค้นจาก

[http://hpc4.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=1144](http://hpc4.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1144)

ช โสธร ผู้ทองคำ. (2561). การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุและบุคคลลักษณะพิเศษ ใน *ประมวลสาระชุด  
วิชาการพัฒนามนุษย์ในบริบทโลก* หน้าที่ 15 หน้าที่ 40-62

ธีรรัตน์ บุญคุณะ พรรณี ไพศาลทักษิณ อุษณีย์ วรรณาลัย ปิยธิดา จุลละปีย์และ กรรณิกักร กองบุญเกิด.

(2559). การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตติยภูมิตามมุมมองของพยาบาล. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม  
2562 จาก [https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload\\_doc/2015/proceeding/  
1444822558471433006711.pdf](https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2015/proceeding/1444822558471433006711.pdf).

ชั้นยวัฒน์ รัตนศักดิ์. (2556). การนำนโยบายการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปปฏิบัติขององค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น ในญี่ปุ่น. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2562 จาก [https://www.tci-  
thaijo.org/index.php/Polscicmujournal/article/view/76992/61830](https://www.tci-thaijo.org/index.php/Polscicmujournal/article/view/76992/61830).

บุญธรรม บุญนิต และ พิษณุ จินใจเย็น. (2560). สมรรถนะด้านการประเมิน การจัดการปัญหาและการ  
ประสานงานของบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงเขตพื้นที่อำเภอาง  
จังหวัดลำปาง. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2562 จาก

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/download/154736/141068/>.

ปาณิสรา บุญรัตน์กลิ่น. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : บทบาท  
พยาบาล. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2562 จาก [https://www.tci-  
thaijo.org/index.php/trcnj/  
article/download/148226/109092/](https://www.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/download/148226/109092/).

- นาริรัตน์ จิตรมนตรี. (2558). ผู้สูงอายุ: แนวโน้มและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ) *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* กรุงเทพฯ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรัตน์ อิมามี. (2560). เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สถิติ และเทคโนโลยีสารสนเทศ* หน่วยที่ 4 หน้า 4-60
- พิชิต สุขสบาย. (2560). การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ของทีมหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31, (2): 258*
- พวงเพ็ญ เฟื่องสวัสดิ์ นิสาสถ นาคกุล และวิชาญ โรจนรักษ์. (2559). *สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี*. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/65677>
- ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้ นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2562 จาก <http://kb.hsri.or.th/1&isAllowed=y>.
- ภูษพงศ์ โคนไธสง. (10 เมษายน 2561). *สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัยปัจจุบันและอนาคต. [แถลงข่าว]* สืบค้นจาก [http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press\\_Release/2561/N10-04-61-1.aspx](http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx).
- ยศ วัชรคุปต์ วรรณภา คุณากรวงศ์ พลธิษฐ์ พัจณา และ สาวินี สุริยันรัตกร. (2560). *ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562 จาก <http://27.254.62.6/dspace/handle/11228/5000>.
- รัตนานภิส พละศึก และ เบญจวรรณ ถนอมชยวัช. (2560). *ศึกษาดัชนีแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562 จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/download/102083/79001>.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2561). *หลักประกันระยะยาวรับมือสังคมสูงวัย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562 จาก <https://voicetv.co.th/read/By6VlzdUz>.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์*.
- ศศิธร สุขจิตต์ จงรัก ดวงทอง พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และ วรวิมล ฐะคำ. (2562). *ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562 จาก <https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/JHS/article/download/8279/7585>.

- สภาการพยาบาล .(2552). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาล  
ขั้นสูง สาขาต่าง ๆ. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562 จาก [https://www.tnmc.or.th/images/  
userfiles/files/H014.pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf).
- สุขศิริ ประสมสุข ฌฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู. (2563). *ความรู้ ทักษะคติในการดูแล  
ผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด  
เพชรบุรี*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562 จาก [https://he02.tci-  
thaijo.org/index.php/RNJ/article/ download/9055/7714](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/download/9055/7714).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5  
สิงหาคม 2562 จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
- สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ข้อมูลผู้สูงอายุ ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับ  
จำนวนประชากรสูงอายุ การศึกษา ความมั่นคง และสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม  
2562 จาก <http://www.dop.go.th/th/know/1>.
- สำนักนโยบายและแผน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี  
(ด้านสาธารณสุข)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562 จาก [https://waa.inter.nstda.or.th/  
stks/pub/2017/20171117-Ministry of Public Health.pdf](https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-Ministry of Public Health.pdf).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. สืบค้น เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562 จาก  
[https://www.nhso.go.th/.files/userfiles/file/Download/20151202/%E0%B8%84%E0%B8  
%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20LTC%20.pdf](https://www.nhso.go.th/.files/userfiles/file/Download/20151202/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20LTC%20.pdf)
- . (2559). *สรุประบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน  
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนงบประมาณ ปี 2559*. สืบค้นเมื่อวันที่  
20 ธันวาคม 2562 จาก [https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/01%E0%B9%81%  
E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%8759.pdf](https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/01%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%8759.pdf).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2562). *สรุปผลการดำเนินงานเพื่อการตรวจนิเทศงาน เขต  
สุขภาพที่ 9 รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2562* บุรีรัมย์ : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด  
บุรีรัมย์.
- . (2562). *รายงานบันทึกการปฏิบัติงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Care Manager)  
ประจำปีงบประมาณ 2562*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์.

- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ (2560) คณะกรรมการดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) จังหวัดบุรีรัมย์ [อัดสำเนา].
- . (2560) แนวทางการบริหารจัดการ โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) [อัดสำเนา].
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล วิษซ์ เกษมทรัพย์ วิชัย เอกพลากร และบวรศม ลีละพันธ์ .(2561).โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร: ดีเซมเบอร์.
- Alvarez, Ong and Abocejo. (2017). *Learning Needs and Quality Care Among Family Care givers and Elderly Patients Of Guandalupe, Ceba City, Central Philippines*. Retrieved from Dissertation Abstracts Online <http://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201630765903402.page>.
- Berglund , Hasson , Kjellgren and Wilhelmson. (2015). *Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study*. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12699>.
- Brodsky, Habib, Hirschfeld and Siegel.(2013). *Care of the frail elderly in developed and developing countries: The experience and the challenges*. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03324451>. Educational Research Quantitative\_ and\_Mixed\_Ap.
- Carroll. (2011). *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Retrieved from [http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel\\_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf)
- Creedy. (2003). *The Demographic Dilemma: Japan's Aging Society*. Retrieved from [https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/asiarpt\\_107.pdf](https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/asiarpt_107.pdf).
- Dixe, Teixeira, Areosa, Frontini and De. (2019). *Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study*. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-019-1274-0>.
- Kane and Kane .(1989). *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*. Retrieved from <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/34/3/277/1933445?redirectedFrom=fulltext>

- Kane. (1995). *Long-Term Care : I. Concept And Policies*. Retrieved from <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/long-term-care-i-concept-and-policies>.
- . (1999). *Goals of Home Care: Therapeutic, Compensatory, Either, or Both?* Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089826439901100303>.
- Krejcie and Morgan. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. Retrieved from [https://home.kku.ac.th/sompong/guest\\_speaker/KrejcieandMorgan\\_article.pdf](https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf).
- Kyongok. (2016). *Convergence Approach about the Knowledge, Attitude toward the Elderly, and Competence of Carers*. Retrieved from <http://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201630765903402.page>.
- Kloppers and Dyk. (2016). *Conceptualisation and framework for developing an educational program for caregivers of the elderly*. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/6642/07ac7167d683da1496cf39aa7e2b0151085f.pdf>.
- Kono, Izumi, Yoshiyuki and Kanaya. (2016). *Effects of an Updated Preventive Home Visit Program Based on a Systematic Structured Assessment of Care Needs for Ambulatory Frail Older Adults in Japan: A Randomized Controlled Trial*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/301301242\\_Effects\\_of\\_an\\_Updated\\_Preventive\\_Home\\_Visit\\_Program\\_Based\\_on\\_a\\_Systematic\\_Structured\\_Assessment\\_of\\_Care\\_Needs\\_for\\_Ambulatory\\_Frail\\_Older\\_Adults\\_in\\_Japan\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/301301242_Effects_of_an_Updated_Preventive_Home_Visit_Program_Based_on_a_Systematic_Structured_Assessment_of_Care_Needs_for_Ambulatory_Frail_Older_Adults_in_Japan_A_Randomized_Controlled_Trial).
- Kwshari. and Shanker. (2017). *Prevalence and spectrum of functional disability of urban elderly subjects: A community-based study from Central India*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426108/>.
- Looman, Fabbriotti, Kuyper and Huijsman. (2016). *The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point*. Retrieved from <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0214-5>.
- Mahoney and Barthel (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2012-30334-001>.

- Musich, Wang, Kraemer, Hawkins, and Wicker.(2018). *Purpose in Life and Positive Health Outcomes Among Older Adults*. Retrieved from <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2017.0063>.
- . (2016). *Caregivers for older adults:Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/305746410\\_Caregivers\\_for\\_older\\_adults\\_Prevalence\\_characteristics\\_and\\_health\\_care\\_utilization\\_and\\_expenditures](https://www.researchgate.net/publication/305746410_Caregivers_for_older_adults_Prevalence_characteristics_and_health_care_utilization_and_expenditures).
- Polit and Beck. (2008). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.8th Edition*. Retrieved from [https://books.google.co.th/books?id=Ej3wstotgkQC&pg=PA79&lpg=PA79&dq=Polit,+D.F.+%26+Beck,+C.T.+\(2008\).+Nursing+research:+Generating+and+assign+evidence+for+nursing+practice.+8th+e&source=bl&ots=wgPxzT5AA&sig=ACfU3U2TsLwQegaH\\_rTS1k3UrwHWK8Sp1A&hl=th&sa=X&ved=2ahUKEwinM68z7nlAhWQknAKHdczD0cQ6AEwCHoECAoQAQ#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.th/books?id=Ej3wstotgkQC&pg=PA79&lpg=PA79&dq=Polit,+D.F.+%26+Beck,+C.T.+(2008).+Nursing+research:+Generating+and+assign+evidence+for+nursing+practice.+8th+e&source=bl&ots=wgPxzT5AA&sig=ACfU3U2TsLwQegaH_rTS1k3UrwHWK8Sp1A&hl=th&sa=X&ved=2ahUKEwinM68z7nlAhWQknAKHdczD0cQ6AEwCHoECAoQAQ#v=onepage&q&f=false).
- Rochira. (2014). *A Review into the Quality of Life and Care of Older People living in Care Homes in Wales :14*. Retrieved from [http://www.olderpeoplewales.com/Libraries/Uploads/A\\_Place\\_to\\_Call\\_Home\\_\\_A\\_Review\\_into\\_the\\_Quality\\_of\\_Life\\_and\\_Care\\_of\\_Olde\\_People\\_living\\_in\\_Care\\_Homes\\_in\\_Wales.sflb.ashx](http://www.olderpeoplewales.com/Libraries/Uploads/A_Place_to_Call_Home__A_Review_into_the_Quality_of_Life_and_Care_of_Olde_People_living_in_Care_Homes_in_Wales.sflb.ashx).
- Wang, Kraemer, Hawkins and Wicker. (2016). *Purpose in Life and Positive Health Outcomes Among Older Adults*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28677991>.
- Woo.(2010). *Geriatrics in the Rest of the World*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/frail-elderly/pdf>.
- Yuan Fu, Guo, Bai and Chui.(2017). *Factors associated with older people's Long term care needs: a case study adopting the expanded version of the Anderson Model in China*.Retrieved From <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-017-0436-1>.

ภาคผนวก







**ภาคผนวก ก**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ต้นสังกัด
1.	รองศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตต์มนตรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
2.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3.	นายแพทย์ บุญแสง บุญอำนวยกิจ	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย
4.	ดร.ปิ่นฉัตร บนนันท	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
5.	พว.บุศรา ศรีคำเวียง	โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์





**ภาคผนวก ข**

ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



ที่ อว 0602.26/ว 1๒๖๖

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๖ ธันวาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.นารินทร์ จิตรมนตรี

ด้วยนาง นิภา สุทธิพันธ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง “ผลของการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบุรีรัมย์” โดยมีศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์  
สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ  
และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ  
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7  
โทรสาร 0-2503-2620

ภาคผนวก ค

เอกสารจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
 โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

เอกสารรับรองเลขที่ BRO ๒๐๑๙-๐๑๐

ชื่อโครงการ สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ  
 จังหวัดบุรีรัมย์ (Competency of Care Managers and Care Givers toward the Ability to  
 Perform Activities of Daily Living among the Elderly in Buriram Province)

รหัสโครงการ ๑๖/๒๐๑๙

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางนิภา สุทธิพันธ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

หน่วยงานที่สังกัด สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เอกสารที่รับรอง ๑. แบบเสนอโครงการ  
 ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
 ๓. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย

วันที่รับรอง ๒ มกราคม ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ ๑ มกราคม ๒๕๖๔

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ  
 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

ลงนาม.....

(นายแพทย์พิเศษ พิศุขนท)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

### ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน .....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การสอบถาม ข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจากการวิจัยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยตามหมายเลขโทรศัพท์ 081 8789591 ได้ตลอด 24 ชั่วโมงและ ค่าตอบแทนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทน ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอม นี้ด้วยความเต็มใจ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจน เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุในเอกสารชี้แจง หากไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(นางนิภา สุทธิพันธ์)

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2563

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2563

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2563

หมายเหตุ เอกสารชี้แจงและยินยอมนี้ให้จัดทำเป็น 2 ชุด มอบให้ผู้ร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด และผู้วิจัย 1 ชุด

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือการวิจัย





## เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

### แบบสอบถามผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

#### คำนิยามศัพท์

**สมรรถนะการจัดการดูแล** หมายถึง การรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้จัดการดูแลที่แสดงถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวกต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วย Barthel Index ADL มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน แล้วจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ หรือกลุ่มติดบ้านที่ช่วยตนเองได้บ้าง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล

**คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม** ขอให้ท่านเติมคำในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อที่ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นผู้มีความรู้ มีทักษะ และเจตคติในทางบวกต่อกิจกรรมในแต่ละข้อ ตามบทบาทหน้าที่ของท่าน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับ มีความหมาย ดังนี้

- |   |         |                               |
|---|---------|-------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับต่ำที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับต่ำ       |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับปานกลาง   |
| 4 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับสูง       |
| 5 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับสูงที่สุด |

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  1 ชาย  2 หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ท่านอบรม Care Manager ปี พ.ศ.....
4. ระยะเวลาที่ทำหน้าที่ Care Manger .....ปี.....เดือน
5. จำนวน Care giver ที่ต้องติดตามกำกับ.....คน
6. จำนวนผู้สูงอายุที่ทำ Care plan ของบประมาณสนับสนุน.....คน
7. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับอนุมัติงบประมาณในการดูแลในปี 2562 นี้..... คน



ส่วนที่ 2 สมรรถนะผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ (Care Manager)

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
1.ความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรค						
1.	ท่านสามารถจัดการอบรมอาสาสมัคร ครอบครัว หรือผู้สมัครใจในพื้นที่ รับผิดชอบ ให้เป็นผู้ดูแล					
2.	ท่านสอน และทบทวนการดูแลตาม weekly plan ให้กับผู้ดูแล					
3.	ท่านทบทวน และสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วย เฉพาะโรคให้ผู้ดูแลเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง					
4.	ท่านบริหารจัดการให้ผู้ดูแล รับผิดชอบดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายทุกคน					
5.	ท่านจัดการให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เกิน เกณฑ์ที่กำหนดคือ ผู้ดูแล :ผู้สูงอายุ ไม่เกิน เกณฑ์ 1 : 10					
6.	ท่าน และผู้ดูแลมีการสื่อสารระหว่างกันเพื่อ ร่วมจัดการดูแลผู้สูงอายุ					
7.	ท่านไปศึกษาดูงานจากแหล่งอื่นๆเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาการจัดการ ดูแล					
8.	ท่านประชุมผู้ดูแล เพื่อติดตามงาน สอบถาม ปัญหาเพื่อการแก้ไขและให้คำแนะนำ					
9.	ท่านควบคุม กำกับ ตรวจสอบ การทำงาน ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุ					

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
2. ด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care)						
1.	ท่านจัดให้มีการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีบาร์เซลเอคิแอล					
2.	ท่านสามารถใช้เครื่องมือ Typology of Aging with Illustration (TAI) ในการประเมิน Functional, Activity status , Mobility (and transfer), Mental (cognitive) status, Toileting และ Eating เพื่อจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็นกลุ่มย่อย					
3.	ท่าน ใช้ TAI จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่มเพื่อเพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม					
4.	ท่าน และผู้สูงอายุหรือครอบครัวได้ร่วมกัน กำหนดเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือ					
5.	ท่านจัดทำ weekly plan ในการดูแลผู้สูงอายุ					
6.	ท่านจัดเวลาในการไปเยี่ยมผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือ					
7.	เมื่อไปเยี่ยม ท่านรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้อธิบายปัญหาการเจ็บป่วย					
3. ด้านการประสานงาน (Collaboration)						
1.	ท่านสำรวจข้อมูลทรัพยากรทางสังคม เช่น แหล่งช่วยเหลือ ความร่วมมือต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนก่อนการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ					
2.	ท่านประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ					

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
3.	ท่านสามารถหาแหล่งสนับสนุนทรัพยากร ต่างๆ ทั้งในและนอกเครือข่ายในการจัดการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
4.	ท่านประสานชุมชนหรือองค์กรต่างๆ ในการ เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ					
5.	ท่านประสานความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพใน การจัดการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบ					
6.	ท่านและทีมสาขาวิชาชีพหน่วยงาน สาธารณสุข/เครือข่าย ประชุมร่วมกัน เพื่อ กำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ					
4. ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน(educating) การฝึก (coaching) การเป็น พี่ เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) และจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาารายกรณี (care conference)						
1.	ท่านสอนการบันทึกปัญหา และการดูแล ผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้ดูแล					
2.	ท่านสามารถจัดทำ care conference ตามที่ กำหนดไว้					
3.	ในการประชุมทีมสาขาวิชาชีพ ท่านกระตุ้นให้ ทีมงานแต่ละคนอภิปรายสรุปสาระสำคัญ ของการปฏิบัติงานช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ					
5. ด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (Consultation) หรือใช้บริการ กลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ						
1.	เมื่อไปเยี่ยม ท่านจะประเมินประเด็นปัญหา ของผู้สูงอายุ ร่วมกับ ผู้ดูแล และครอบครัว ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล					

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
2.	เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถปรึกษาท่านได้โดยทางผ่านช่องทางต่างๆ					
3.	ท่านขอคำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพในประเด็นเฉพาะด้าน เพื่อนำมา ให้การปรึกษาแนะนำแก่ผู้ดูแล					
4.	เมื่อพบปัญหาการดูแลทางคลินิก ท่านปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ					
6. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)						
1.	ท่านแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆเพื่อพัฒนาตนเองในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ					
2.	เมื่อมีความคิดขัดแย้งในแนวทางจัดการดูแลผู้สูงอายุกับทีมงาน ท่านจะประนีประนอมภายใต้หลักการที่ถูกต้อง					
3.	ท่านคิด หรือ สร้างนวัตกรรมที่ใช้ในการช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุ					
4.	ท่านให้ความช่วยเหลือผู้ร่วมงานเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ					
5.	ท่านบันทึกการเยี่ยม กำกับติดตามการดูแลไว้ในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ หรือเอกสารรายบุคคล					
6.	ท่านสามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C (Care plan, Care manager and Care giver) ของกรมอนามัยเพื่อบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุได้					

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
7.	ท่านสามารถดึงข้อมูลผู้สูงอายุจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ( Care plan, Care manager and Care giver) ของกรมอนามัย เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้					
8.	ท่านนำข้อมูลผู้สูงอายุจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3C ( Care plan, Care manager and Care giver) ที่วิเคราะห์ได้ มาวางแผนพัฒนาการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และนำเสนอต่อผู้บริหาร					
7. ด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม(Ethical reasoning and ethical decision making)						
1.	ท่านจัดการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบด้วยความเสมอภาค					
2.	ท่านจัดลำดับความสำคัญของความต้องการดูแลช่วยเหลือในผู้สูงอายุ					
3.	ท่านให้ความสำคัญในการให้ความดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ ที่ไม่มีคนในครอบครัวคอยดูแล					
4.	ท่านจัดการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเสียสละ โดยไม่รับสิ่งตอบแทนใดๆจากผู้สูงอายุและครอบครัว					
8. ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)						
1.	ท่านสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ/ครอบครัวที่ต้องการรับความช่วยเหลือ รวมทั้ง ตรวจสอบข้อมูลต่างๆด้วยตัวท่านเอง ก่อนวางแผนการดูแลช่วยเหลือ					

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
2.	ท่านจัดทำ care plan ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่พบ เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
9. ความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์						
1.	ท่านประเมินความเพียงพอของสิ่งสนับสนุนที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ					
2.	ท่านประเมินความถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลาของงบประมาณที่เบิกจ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ					
3.	ท่านประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม					
4.	เมื่อครบรอบปีในการดูแล ท่านจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแล					
5.	หลังการเยี่ยมผู้สูงอายุ ท่านทบทวนแนวทางการดูแลช่วยเหลือใน Care Plan					



### ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม

1. ท่านดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ อย่างไร
2. ท่านสอนเป็นที่เลี้ยงให้ผู้ดูแลในการปฏิบัติงานอย่างไร
3. ท่านประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษา ปัญหารายกรณี กับทีมงานอย่างไร
4. เมื่อมีความคิดเห็นในการจัดการดูแลไม่ตรงกับทีมงานท่านทำอย่างไร
5. ท่านจัดการข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างไร
6. ท่านคิดว่าจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
7. ท่านประเมินผลลัพธ์ ของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างไร



แบบสอบถามเลขที่.....

## แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

## คำนิยามศัพท์

สมรรถนะการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมของตนเองที่แสดงถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วย Barthel Index ADL มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน แล้วจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ หรือกลุ่มติดบ้านที่ช่วยตนเองได้บ้าง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านเติมค่าในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่อง  หน้าข้อที่ ท่านรับรู้ว่าเป็นผู้มีความรู้ มีทักษะ และเจตคติในทางบวกต่อกิจกรรมในแต่ละข้อ ตามบทบาทหน้าที่ของท่าน แบ่งเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับ มีความหมาย ดังนี้

- |   |         |                               |
|---|---------|-------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับต่ำที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับต่ำ       |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับปานกลาง   |
| 4 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับสูง       |
| 5 | หมายถึง | ท่านมีสมรรถนะในระดับสูงที่สุด |

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม มากกว่า 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)
3. จบการศึกษาสูงสุดระดับใด
1. ประถมศึกษาตอนต้น  2. ประถมศึกษาตอนปลาย
3. มัธยมศึกษาตอนต้น  4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
- 5.ปริญญาตรี  6. อื่นๆ (ระบุ) .....
4. ท่านประกอบอาชีพหลักอะไร
1. เกษตรกรรม  2. รับจ้าง
3. ค้าขาย/ ธุรกิจ  4. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
5. อื่นๆ (ระบุ) .....
5. ครอบครัวของท่านมีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน
6. ท่านได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีใด
1. สมัครเข้ารับการอบรม  2. ได้รับคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข
3. อื่นๆ (ระบุ).....
7. ท่านอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ70 ชั่วโมง.จากหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. ....
8. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....ปี.....เดือน
9. ท่านมีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล ..... คน (ถ้าไม่มีให้ใส่ 0)
10. สถานะของท่านต่อการดูแลผู้สูงอายุ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. อสม.  2. เพื่อนบ้านของผู้สูงอายุที่ดูแล
3. เป็นสามี/ภรรยาของผู้สูงอายุที่ดูแล  4. ญาติ
5. บุตร/ธิดาของผู้สูงอายุที่ดูแล  6. อื่นๆ(ระบุ) .....

ส่วนที่ 2 สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สมรรถนะของผู้ดูแล		1 ต่ำ ที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน						
1.	ท่านดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้					
2.	ท่านดูแลการรับประทานอาหาร หรือป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
3.	ท่านสามารถให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
4.	ท่านทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้					
5.	ท่านจัดยาให้ผู้สูงอายุรับประทานได้ ถูกต้อง					
6.	ท่านยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
7.	ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านดูแลทุกคนอย่างเสมอภาค ไม่มีอคติ					
2. การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุ						
1.	ท่านสอนครอบครัวผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการเปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ					
2.	ท่านสามารถวัดความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุ					
3.	ท่านอธิบายและแปลผลการวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้					
4.	ท่านวัดไข้และตรวจนับชีพจร เมื่อไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
5.	ท่านสามารถสังเกตอาการหายใจหอบของผู้สูงอายุ					

สมรรถนะของผู้ดูแล		1 ต่ำ ที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูงที่สุด
6.	ท่านสามารถสังเกตผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานว่ามี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จากอาการใจสั่น หน้า มืด เหงื่อออก					
7.	เมื่อพบความผิดปกติจากประเมินผู้สูงอายุ ท่าน จะแจ้งญาติ					
8.	ท่านสามารถเช็ดตัวเพื่อลดไข้ให้ผู้สูงอายุ					
3. การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตลอดจนดูแลด้านสิ่งแวดล้อม						
1.	ท่านชั่งน้ำหนักผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเอง ได้บ้างเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง					
2.	ท่านแนะนำ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือ ตนเองได้บ้างในการออกกำลังกายเคลื่อนไหว ร่างกาย แขน ขา ตามสภาพร่างกาย เพื่อเพิ่ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ					
3.	ท่านช่วยครอบครัวในการออกกำลังกายให้ ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง โดยการเคลื่อนไหวข้อ อย่างถูกวิธี					
4.	ท่านพูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ					
5.	ท่านยกย่องและชมเชยผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรม ต่างๆด้วยตัวเองได้สำเร็จ					
6.	ท่านแนะนำครอบครัวให้ชักชวนผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองได้บ้างร่วมกิจกรรมต่างๆ กับ ครอบครัว เช่น ปีใหม่ วันเกิด สงกรานต์					
7.	ท่านแนะนำ และช่วยจัดสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมภายในบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ ตนเองได้บ้าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุการหกล้ม ตกเตียง ตกบันได เช่นการจัดทำราวจับ การ ทำทางเดินแนวลาดในพื้นที่ต่างระดับ					

สมรรถนะของผู้ดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูง ที่สุด
4. การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด						
1	ท่านไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับมอบหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด					
2.	หลังไปเยี่ยม ท่านบันทึกอาการและการประเมินสภาพผู้สูงอายุในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ					
3.	เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ ท่านจะปรึกษาผู้จัดการดูแล(หมออนามัย)					
5.การประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ						
1.	กรณีผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล หรือคนในครอบครัวไม่อยู่บ้าน ท่านช่วยประกอบอาหารที่สะอาดและถูกสุขลักษณะให้ผู้สูงอายุ					
6.การจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอยที่เกิดจากผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง						
1.	ท่านแนะนำให้ครอบครัวแยกประเภทของขยะติดเชื้อเช่นผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำลีทำความสะอาดแผล ออกจากขยะปกติ					
2.	ท่านสอนครอบครัวในการกำจัดขยะติดเชื้อต้องผ่านการฆ่าเชื้อ ก่อนนำไปทิ้งในภาชนะที่ชุมชนจัดให้					
7. การส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉินตามระบบอย่างถูกต้อง						
1.	เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการวิกฤตท่านเรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล และแจ้งผู้จัดการดูแล(หมออนามัย)ให้ทราบ					
2	ท่านดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการท้องร่วง / ท้องเสีย อาหารเป็นพิษเบื้องต้นโดยให้ดื่มน้ำผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ ก่อนส่งสถานบริการสาธารณสุข					

สมรรถนะของผู้ดูแล		1 ต่ำที่สุด	2 ต่ำ	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูง ที่สุด
3.	ท่านทำความสะอาดแผล(ที่ไม่ใช่แผลติดเชื้อ) ให้ผู้สูงอายุที่มีบาดแผลอย่างถูกวิธี ก่อนนำส่ง สถานบริการสาธารณสุข					
8.การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายुरายเดือนเพื่อรายงานผู้จัดการดูแล						
1.	ท่านส่งรายงานตามที่ผู้จัดการดูแล(หมออนามัย) กำหนด					

### ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม

1. ในการดูแลผู้สูงอายุ ท่านทำอะไรบ้าง
2. ท่านดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง
3. ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกาย และจิตใจอย่างไร
4. ท่านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร
5. จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุในความคิดเห็นของท่านเป็นอย่างไร
6. เมื่อพบปัญหาในการดูแล หรือเหตุฉุกเฉิน ท่านทำอย่างไร
7. ท่านดูแลสิ่งแวดล้อมและกำจัดสิ่งปฏิกูลที่เกิดจากผู้สูงอายุอย่างไร
8. ท่านได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุกับผู้ดูแลคนอื่นๆ หรือไม่  
อย่างไร

แบบประเมินเลขที่.....

### แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

#### คำนิยามศัพท์

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติภารกิจประจำวันของตนเองได้ โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) (เช่น ตักอาหารเองได้ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดได้ ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้ ใช้ห้องน้ำด้วยตนเองได้ การสวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได ด้วยตนเองได้ อาบน้ำ กลั้นปัสสาวะ และอุจจาระด้วยตนเองได้ )

แบบประเมินนี้ นำมาจากการประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) (Mahoney et al ,1965) เป็นการสอบถาม และ ให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติให้ดู มีคำถามประเมิน 10 ข้อ ๆ คะแนนเต็มข้อละ 1 - 3 คะแนน รวมทั้งหมด 20 คะแนน ซึ่งจะแปลผลดังนี้

#### ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
0 - 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง : low initial score, severe dependence
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพิงปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพิง : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  1 ชาย  2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อาศัยอยู่กับ  1 ครอบครัว (ภรรยา/ลูก)  2 หลาน  3ญาติ  4 อยู่คนเดียว
4. ประเมิน ADL ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.....
5. คะแนน ADL ครั้งแรก =.....(เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากรพ./รพ.สต.ที่รับผิดชอบ)

### ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

- (1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
  - 0 คะแนน ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้
  - 1 คะแนน ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
  - 2 คะแนน ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
- (2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
  - 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
- (3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
  - 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
  - 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมามีงจะนั่งอยู่ได้
  - 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
  - 3 คะแนน ทำได้เอง
- (4) การใช้ห้องน้ำ
  - 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
  - 2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้ เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

## (5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

## (6) การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

## (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้
- 1 คะแนน ต้องการคนช่วย
- 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

## (8) การอาบน้ำ

- 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

## (9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

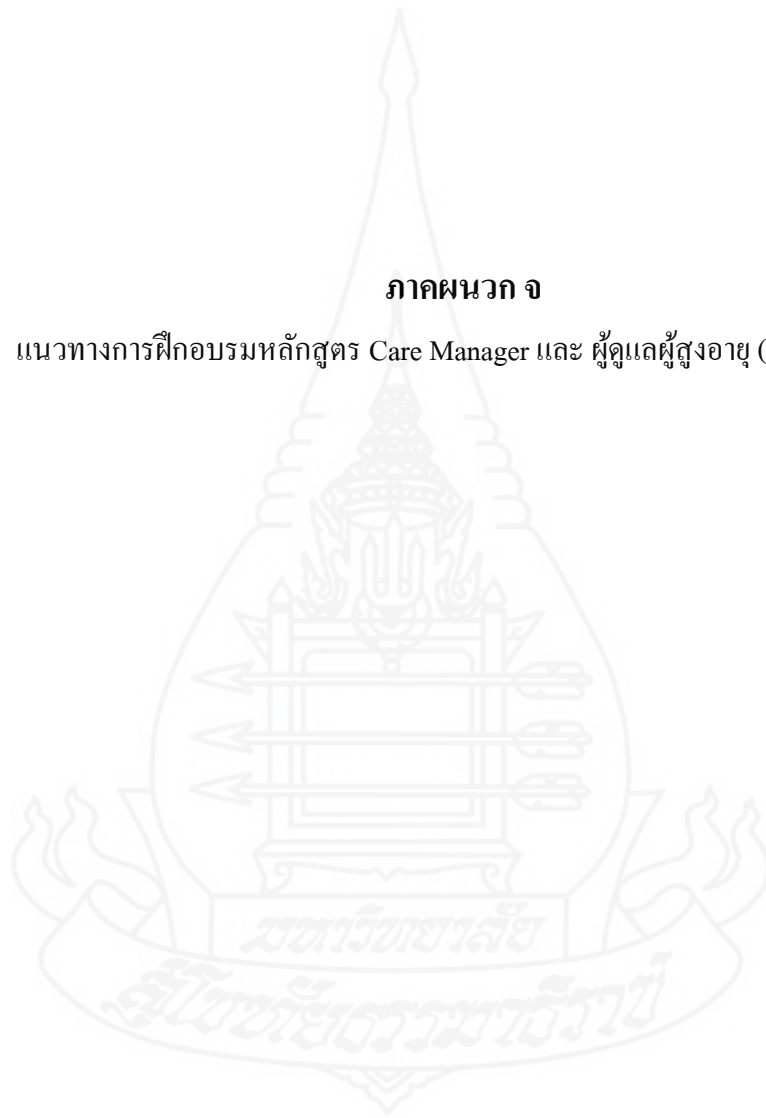
## (10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

รวมคะแนนที่ประเมินได้ .....คะแนน

**ภาคผนวก จ**

แนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)



## แนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้จัดทำคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager เป็นการบูรณาการองค์ความรู้จากหลักสูตร Care Manager ของประเทศญี่ปุ่น (Gerontological Nursing in Japan,2012) , (Ichiro Fujita.,2016). ภายใต้วรร่วมมือจากองค์การ JICA (Yoshihito ENOMOTO,2014),(Japan International Cooperation Agency,2557). ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดการประชุมเพื่อพัฒนาหลักสูตรผู้จัดการดูแลในประเทศไทย (Japan International Cooperation Agency,2014) โดยอ้างอิงหลักสูตรของญี่ปุ่นในการอบรมการจัดการดูแลปี 2556 มาใช้ มีการปรึกษาหารือการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ JICA และ Care Manager ในประเทศไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager จากประเทศญี่ปุ่น เพื่อการจัดทำหลักสูตรให้เสร็จสมบูรณ์ แนวทางการฝึกอบรม Care Manager มีแผนการสอน 17 หัวข้อ ฝึกอบรม 17 ชั่วโมง กำหนดแผนการสอนและเนื้อหา ดังนี้

แผนการสอนที่ 1 สังคมผู้สูงอายุกับประเด็นปัญหา สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 2 หลักการพื้นฐานการบริหารจัดการพยาบาลดูแล (Care management) นิยาม และหลักการพื้นฐานการบริหารจัดการพยาบาลดูแล(Care management) หลักการพื้นฐานของ Care management การเคารพสิทธิมนุษยชน Quality life (ยกระดับคุณภาพชีวิต)

แผนการสอนที่ 3 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Care management) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน Care management ความรู้เกี่ยวกับ Reflection

แผนการสอนที่ 4 ทฤษฎีการสังคมสำหรับการบริหารจัดการ Care management และการใช้ให้เป็นประโยชน์ทฤษฎีการสังคมสำหรับการบริหารจัดการ Care management และการใช้ให้เป็นประโยชน์ วิธีนำทฤษฎีต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

แผนการสอนที่ 5 เรียนรู้เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ Care management การรับฟังและวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับ ทักษะการสื่อสาร เทคนิคการใช้โอกาบทักทายการทำความเข้าใจ

แผนการสอนที่ 6 การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์ การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์ การ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือ

แผนการสอนที่ 7 งานการรับรู้เหตุการณ์ (Intake Work) งานการรับรู้เหตุการณ์ (Intake Work) การรับรู้เรื่องราว (Intake) ในความเป็นจริง

แผนการสอนที่ 8 ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน Care management

แผนการสอนที่ 9 การประเมินสถานะตามบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disabilities and Health : ICF) การประเมินสถานะตามบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disabilities and Health : ICF) เปรียบเทียบ ICD กับ ICF แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในหลายด้าน ปฏิกริยาซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยโครงสร้าง ICF

แผนการสอนที่ 10 Typology of Aged with Illustration : TAI การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพในประเทศไทย แบบประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

แผนการสอนที่ 11 ฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่าง

แผนการสอนที่ 12 ความเข้าใจประเด็นปัญหาการดำรงชีวิตกับขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือ ความเข้าใจประเด็นปัญหาการดำรงชีวิต เป้าหมายการดำรงชีวิต เนื้อหาการช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย จัดทำแผนงานรายสัปดาห์หรือ Weekly Plan ความหมายของการประชุมพยาบาลดูแล (Care conference) และวิธีจัดประชุม ความหมายของการกำกับดูแล (monitoring) และวิธีดำเนินการ

แผนการสอนที่ 13 การฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่างในประเด็น

แผนการสอนที่ 14 สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

แผนการสอนที่ 15 เรื่องบทบาทและจริยธรรมของ Care manager เรื่องบทบาทและจริยธรรมของ Care Manager

คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (2556) ได้พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง สำหรับผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ โดยมีหนังสือรับรองจากจากโรงเรียน สถาบัน หรือ สถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ (อสม.) เพื่อตอบสนองดัชนีวัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในคู่มือมีแผนการสอน 16 หัวข้อ ดังนี้

แผนการสอนที่ 1 ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 3 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 4 ภาวะวิกฤตการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

แผนการสอนที่ 5 การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น

แผนการสอนที่ 6 การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพ  
หรือมีปัญหาาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบอวัยวะ

#### สืบพันธุ์

แผนการสอนที่ 7 การใช้ยาในผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 8 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 9 สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ/ การดูแลเพื่อคลายเครียด

แผนการสอนที่ 10 การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

แผนการสอนที่ 11 ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 12 สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้

แผนการสอนที่ 13 บทบาทจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 14 การจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

แผนการสอนที่ 15 การฝึกปฏิบัติงาน





**ภาคผนวก จ**

การคำนวณขนาดของตัวอย่างสำหรับการศึกษาข้อมูลปริมาณ

### การคำนวณขนาดของตัวอย่างสำหรับการศึกษาข้อมูลปริมาณ

1. กลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager:CM) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรและสัดส่วนของ Robert V. Krejcie and Daryle W. Morgan. (1970) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP (1-P)}{[e^2 (N-1)] + [\chi^2 P(1-P)]}$$

$$n = \text{ขนาดตัวอย่าง}$$

$$N = \text{จำนวนผู้จัดการดูแลที่ขึ้นทะเบียนไว้ 268 คน}$$

$$\chi^2 = \text{ค่าไคสแควร์ที่ df. =1 และระดับความเชื่อมั่น 95\% (\chi^2 = 3.841)}$$

$P = \text{ค่าสัดส่วนพยาบาลที่เป็น Care Manager (CM) = 0.11 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.2562)}$

$e = \text{ระดับความความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เป็น 0.05}$

แทนค่า

$$n = \frac{268 \times 3.84 \times 0.10}{[0.0025 \times 268] + [3.84 \times 0.10]} = 97 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง ของ CM = 97 คน ชดเชยคำตอบที่อาจไม่สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มนี้ = 106 คน

2. กลุ่มผู้ดูแล (Care Giver) ใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรและสัดส่วนของ Robert V. Krejcie and Daryle W. Morgan. (1970) มีดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP (1-P)}{[e^2 (N-1)] + [\chi^2 P(1-P)]}$$

$$n = \text{ขนาดตัวอย่าง}$$

$$N = \text{จำนวนประชากร 3,781 คน}$$

$$\chi^2 = \text{ค่าไคสแควร์ที่ df. =1 และระดับความเชื่อมั่น 95\% (\chi^2 = 3.841)}$$

$P = \text{ค่าสัดส่วน อสม.ที่เป็น Care Giver (CG) = 0.0761 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ , 2562)}$



$$e = \text{ระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เป็น } 0.05$$

แทนค่า

$$n = \frac{3781 \times 3.84 \times 0.070}{[0.0025 \times 3,781] + [3.84 \times 0.070]} = 104 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง ของ CG = 104 คน ชดเชยคำตอบที่อาจไม่สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มนี้ = 114 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรและสัดส่วนของ Robert V. Krejcie and Daryle W. Morgan. (1970) เช่นเดียวกัน ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP (1-P)}{[e^2 (N-1)] + [\chi^2 P(1-P)]}$$

$$n = \text{ขนาดตัวอย่าง}$$

$$N = \text{จำนวนประชากรผู้สูงอายุ } 3,136 \text{ คน}$$

$$\chi^2 = \text{ค่าไคสแควร์ที่ } df. = 1 \text{ และระดับความเชื่อมั่น } 95\% (\chi^2 = 3.841)$$

$P =$  ค่าสัดส่วน ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่ได้รับการดูแลโดย CG ที่มี Care plan = 0.12 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2562)

$$e = \text{ระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เป็น } 0.05$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{3136 \times 3.84 \times 0.10}{[0.0025 \times 3,136] + [3.84 \times 0.10]} = 146.47 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง ของ CG = 146 คน ชดเชยคำตอบที่อาจไม่สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มนี้ = 160 คน

## จำนวนตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified sampling

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน CM	กลุ่ม ตัวอย่าง CM	จำนวน CG	กลุ่ม ตัวอย่าง CG	ผู้สูงอายุที่มี ภาวะ พึ่งพิง	กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง
1.	กระสัง	19	8	187	6	559	29
2.	คูเมือง	12	5	142	4	119	6
3.	แคนดง	5	2	133	4	126	6
4.	เฉลิมพระเกียรติ	5	2	95	3	219	11
5.	ชำนิ	6	2	121	4	121	6
6.	นางรอง	19	8	166	5	246	13
7.	นาโพธิ์	8	3	148	4	254	13
8.	โนนดินแดง	7	3	95	3	107	5
9.	โนนสุวรรณ	5	2	64	2	108	6
10.	บ้านกรวด	12	5	197	6	61	3
11.	บ้านด่าน	6	2	110	3	229	12
12.	บ้านใหม่ไชยพจน์	6	2	122	4	115	6
13.	ประโคนชัย	20	8	253	8	28	1
14.	ปะคำ	10	4	95	3	120	6
15.	พลับพลายชัย	7	3	167	5	194	10
16.	พุทไธสง	8	3	188	6	142	7
17.	เมืองบุรีรัมย์	30	12	380	11	29	1
18.	ละหานทราย	16	6	207	6	117	6
19.	ลำปลายมาศ	23	9	249	8	14	1
20.	สตึก	14	6	217	7	29	1
21.	หนองกี่	12	5	219	7	85	4
22.	หนองหงส์	8	3	121	4	58	3
23.	ห้วยราช	9	4	105	3	56	3
<b>รวม</b>		268	<b>106</b>	3781	<b>114</b>	3136	<b>160</b>

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางนิภา สุทธิพันธ์
วัน เดือน ปีเกิด	19 สิงหาคม 2501
สถานที่เกิด	อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2523	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
พ.ศ. 2527	ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2532	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด) มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2540	บริหารธุรกิจบัณฑิต (การตลาด) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2553	บริหารธุรกิจบัณฑิต (การบัญชี) มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
พ.ศ. 2554	จบหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุข ระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2523- พ.ศ.2526	พยาบาล 3 โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
พ.ศ.2527- พ.ศ.2531	วิสัญญีพยาบาล 5 โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
พ.ศ.2532- พ.ศ.2537	นักวิชาการควบคุมโรค 7 งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บุรีรัมย์
พ.ศ.2538-2545	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานควบคุมโรคเอดส์และ กามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
พ.ศ.2546-2551	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
พ.ศ.2551-2561	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
พ.ศ.2561-ปัจจุบัน	อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ 123 หมู่ 11 ถนนเลี่ยงเมือง ตำบลบ้านยาง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์