บทความวิจัย

ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรม หลักสูตร 70 ชั่วโมงในเขตสุขภาพที่ 10 กรมอนามัย

Performance of Elderly Caregivers in accordance with Individual Care Plans who Passed the 70-hour of Training Course in the 10th Public health Regional

วรรณภา อินต๊ะราชา[1]* Wannapa Intaracha[1]*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) การค้นหาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2564 ถึง มีนาคม พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 296 คน 2) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 296 คน 3)ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล จำนวน 296 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ ทักษะในการดูแล และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.4 ทักษะในการดูแลรายด้านเกี่ยวกับการวัดสัญญาณชีพ พลิกตะแคงตัว การให้ออกซิเจน การดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติ ระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 49.0 และ 30.7 ตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแล พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา สังคมและระบบบริการ อยู่ระดับมาก ($\overline{x}$=2.71-2.75) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแล พบว่าอยู่ระดับมาก ร้อยละ 56.1 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 ผลที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล Care plan พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) เปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 49.5 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล ร้อยละ 49.5

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี การพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ควรได้รับการสนับสนุน พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) แผนการดูแลรายบุคคล การอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email:ta_dum_dum@hotmail.com

Abstract

The purpose of this study was to assess the knowledge, skills, satisfaction and care outcomes, according to the individual elderly care plans, caregivers to find problems, obstacles, and recommendations on the caregiver's implementation in caring for the elderly dependency between January 2021 and March 2021. The sample was divided into 3 groups: 1) care givers of 296 people 2) care managers of 296 people 3) elderly care givers of 296 people. The tools used in the study were the caregivers' personal record form, the caregiver knowledge assessment form, and caregiver attitudes towards caring for the elderly, the caregiver care satisfaction assessment form, which was examined for the content's accuracy by 3 experts. The data were analysed through descriptive statistics.

The results of the study of caregivers for the elderly were at a high level of 79.4%. The care skills related to vital signs measurement, body flipping, oxygenation, caring for the urinary catheter, the practices were at a high level of 80% or more. The attitudes towards the elderly were found that most had good and moderate attitudes, 49.0% and 30.7 percent, respectively. The satisfaction of the elderly towards the care plan was found that the overall satisfaction of the dimensions of physical, mental, spiritual, intellectual, social and service systems was at a high level ($\bar{x}$= 2.71-2.75). As for the ability to comply with the care plan, it was found that it was at a high level of 56.1%, followed by a moderate level at 42.4%. The results that the elderly was receiving care, according to the individual care plan, the Care plan found that most of the elderly had a 49.5%. And the improvement in the activities of daily living and ability to perform daily activities, unchanged but no complications from care 49.5%.

The results of the study show that caregivers have good knowledge, skills, and ability to perform tasks. The more effectively development should be supported to continuously formulate the capacity and care for the quality of life of the caregivers for the advantage of the elderly care.

Keywords: Care giver, Individual Care Plan, 70-Hour Course Training

[1] Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

* Corresponding Author Email: ta_dum_dum@hotmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณปจจุบัน พบวา ผู้สูงอายุมีสัดสวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก ในป 2562 ประชากรโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 7,713 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 9,700 ล้านคน ในป 2050 โดยมีประชากรอายุ 60 ปี เป็นร้อยละ 13 (หนึ่งพันล้านคน) และคาดการณวาภายในป ค.ศ. 2050 ประชากรที่อายุมากกวา 65 ป จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเทา จากป 2019[1]ทั้งนี้ ความรวดเร็วและรุนแรงของความท้าทายนี้ จะแตกต่างกัน เช่น ประเทศพัฒนาแล้วมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศกำลังพัฒนา ประเทศในแถบยุโรปส่วนใหญ่ เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ตามมาด้วยประเทศในเอเชีย ได้แก่ ประเทศ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ รวมถึงประเทศไทย[2] และปรากฏการณ์ใหมในศตวรรษที่ 21 ของประเทศไทย คือการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าขนาดหรือจำนวนของประชากร และประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยประชากรผู้สูงอายุ หรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจาก 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 7.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 [3] จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไป และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากการลดการเกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ และยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป การเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ[4] ในการพิจารณารูปแบบการดูแลที่สอดคลองกับทั้งสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดลอม และวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ขอผู้สูงอายุแต่ละคน เนื่องจากปัจจัยด้านสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ สวนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังในกลุม NCDs ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากทั้งการใชวิถีชีวิตเดิมตั้งแต่วัยทำงาน กรรมพันธุ และสภาพแวดลอมที่ผู้สูงอายุตองเผชิญ นอกจากปัจจัยเหลานี้ปัจจัยด้านสังคม ยังเป็นอีกปัจจัยที่สงผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพบวามีผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 11 ที่อยู่เพียงลำพัง และอีกร้อยละ 21 ที่อยู่อาศัยกับคูสมรสกัน 2 คน เนื่องจากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวตอง ออกไปทำงานตามพื้นที่เมืองใหญ่ๆ ทำให ผู้สูงอายุเหลานี้ขาดโอกาศได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ จากการสำรวจพบวามีผู้สูงอายุที่เป็นกลุมยากจนถึงร้อยละ 34.3 แม้วาจะมีเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แต่อาไม่เพียงพอกับค่าครองชีพในปจจุบัน[5]

จากผลกระทบดังกล่าว รัฐบาลจึงมีความพยายามในการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุซึ่งจะเห็นได้จาก รัฐต้องมีภาระการดูแลสุขภาพจัดสวัสดิการผู้สูงอายุระยะยาว[6] และจากการจัดทำยุทธศาสตร์ของประเทศ ได้มีการบรรจุไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ(พ.ศ 2545–2564) โดยได้กำหนดแผนนโยบายเพื่อเป็นการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุอันเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม ซึ่งวางวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม[7]รวมทั้งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง สนับสนุน ทั้งด้านสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ ตลอดจนคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้เรื่องสังคม ผู้สูงอายุ เป็นระเบียบวาระแห่งชาติซึ่งจากการประเมินผลแผนผู้สูงอายุยังพบการดำเนินงานบางด้านที่ต้องพัฒนา เช่น การเตรียมความพร้อมของบุคลากร และประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมในทุกมิติ[8] ซึ่งในปี2560 ตัวชี้วัดกรมอนามัยกำหนดให้ ร้อยละ 80 ที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan ซึ่งการดำเนินงานผู้สูงอายุพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 10 ได้บรรลุตามตัวชี้วัด ร้อยละ 82.09 และตั้งแต่ปี 2558 รัฐบาลมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงเพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง โดยมีระบบกลไกการทำงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) มีบทบาทใน

การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care Giver)ในพื้นที่ของตนเองเพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและหวังว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลจากหน่วยบริการปฐมภูมิถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager)ปฏิบัติงานร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) ซึ่งจากข้อมูลพบว่า ในเขตสุขภาพที่ 10 มีการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2558-2562 โดย ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม และควบคุมการอบรมตามหลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ซึ่งผ่านการอบรมจำนวนทั้งสิ้น 7,384 คน และผ่านการขึ้นทะเบียนผ่านโปรแกรม 3C ของกรมอนามัย เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบลที่มีระบบส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care)ในชุมชน [5] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 10

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนนโยบายและการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติโดยการสนับสนุนวิชาการรวมทั้งเห็นความสำคัญในการติดตามประเมินผลดำเนินการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2558 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น โดยคิดอัตราส่วนผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน 24,068 คนต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ผ่านการอบรม จำนวน 2,141 คน คิดเป็นสัดส่วน 1: 11 ซึ่งมีการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เพียงพอต่อการดูแล แต่ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) อย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่นำไปสู่การเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพให้แก่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และบรรลุตามเป้าหมายต่อไป

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

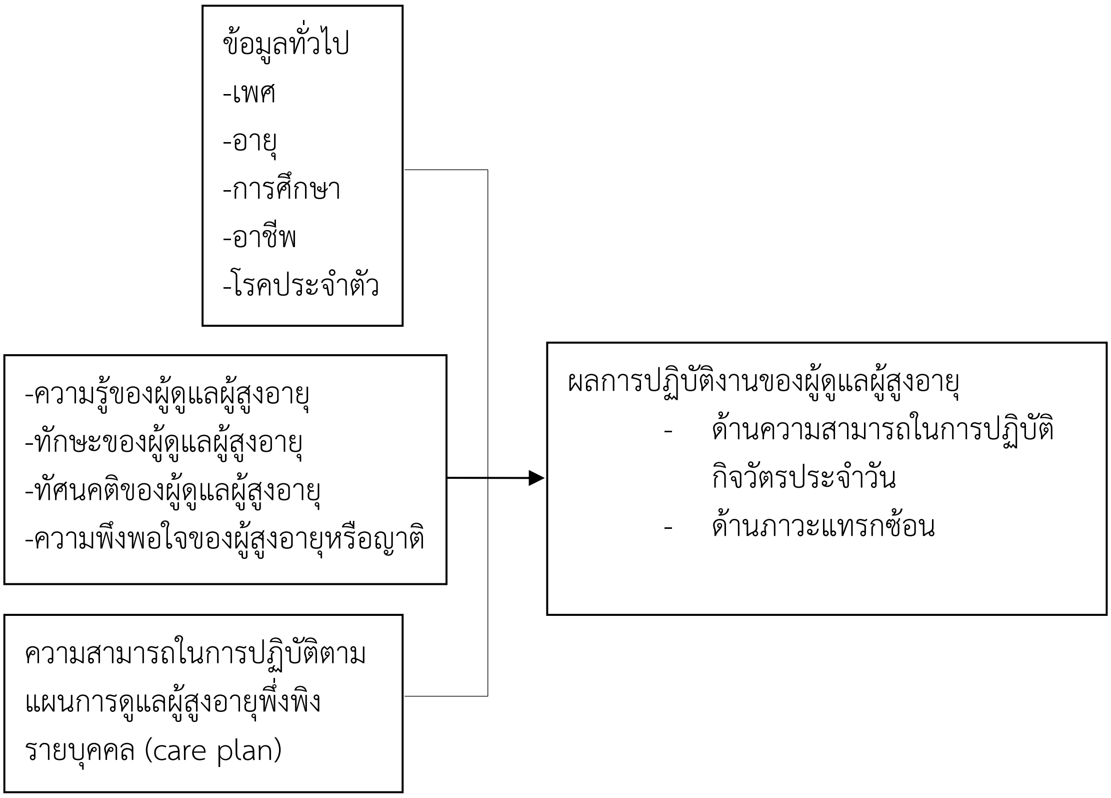
2.เพื่อประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

3.เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ดูแล

4.เพื่อค้นหาแนวทางในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ยั่งยืน

3.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย ได้กำหนดกรอบแนวคิด โดยปรับใช้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของบลูมBloom’s Taxonomy กล่าวถึงการจำแนกการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย โดยในแต่ละด้านจะมีการจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด เช่น ด้านพุทธิพิสัย เริ่มจากความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมิน ตามแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver)

4.วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร70 ชั่วโมง)กรมอนามัยที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม 3c ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุตาม care plan ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5,385 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 244 คน ซึ่งคำนวณหาโดยใช้สูตร Finite population proportion ของ App N4 Studies ซึ่งผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นจำนวน 296 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{N p (1-p) z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2 (N-1) + p (1-p)\ z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

Population size (N)	= 5,385
Proportion (p)	= 0.79
Alpha (α)	= 0.05
Error (d)	= 0.05
sample size	= 244

สรุป จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 244 คน โดยผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นจำนวน 296 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified random sampling โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นตอน สุ่มเลือกอำเภอพื้นที่ตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) มีขั้นตอนดังนี้ แบ่งจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ออกเป็น 5 หน่วย ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร และทำการสุ่มเลือกอำเภอในแต่ละจังหวัด โดยการสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยพิจารณาใช้ขนาดพื้นที่เล็ก/กลาง/ใหญ่ของจังหวัดเป็นเกณฑ์ สำหรับการสุ่มอำเภอเพื่อเป็นตัวแทนอำเภอทั้งหมด (Sampling with Probability Proportional to Size of Cluster) สุดท้ายเลือกตัวอย่างอย่างง่าย คือผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดของแต่ละอำเภอ รวมจำนวน 296 คน รายละเอียดดังนี้

จังหวัด	จำนวนอำเภอ	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด
อุบลราชธานี	10	100
ศรีสะเกษ	10	100
ยโสธร	5	48
อำนาจเจริญ	3	24
มุกดาหาร	3	24
รวม	31	296

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 7 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ประเมินความสามารถของผู้ดูแลและผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ค้นหาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ คำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงรายบุคคล (care plan) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

การแบ่งระดับความรู้ ทัศนคติและทักษะ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
คะแนน ร้อยละ 60-79	ระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ระดับสูง

ส่วนที่ 5 ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 10 ข้อ โดย การแบ่งระดับความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

คะแนน	2.34 - 3.00	ระดับสูง/ดี/มาก
คะแนน	1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
คะแนน	1.00 - 1.66	ระดับต่ำ/ไม่ดี/น้อย

ส่วนที่ 6 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคลและผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

มาก	3 คะแนน
ปานกลาง	2 คะแนน
น้อย	1 คะแนน

ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาและอ้างอิงมาจาก ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์,2559[10] โดยมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ ด้านผู้สูงอายุ และด้านการพยาบาล ทดสอบความตรงของแบบสอบถาม IOC= 0.60-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น ของแบบวัดทัศนคติ=0.65 แบบวัดทักษะ =0.62 แบบประเมินความพึงพอใจ =0.67 โดยวิธีอัลฟาของครอนบาซ

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จ.อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญและมุกดาหาร ร่วมเก็บข้อมูลออนไลน์ ด้วย Link Address และ QR code และตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม บันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป ทั้งนี้ มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การปกปิดเป็นความลับและการนำเสนอในภาพรวม เพื่อยืนยันว่าการวิจัยนี้จะไม่ทำลายชื่อเสียงของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามในหนังสือยินยอมตนในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล และผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. ผลการวิจัย

5.1.ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 , มีอายุ 40-49 ปี มากถึงร้อยละ 45.3 รองลงมา อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 79.7 มีการศึกษามากสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 79.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.1 ส่วนที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 6.4 และ 4.4 ตามลำดับ , มีรายได้จากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาท ร้อยละ 29.2 และส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุในการดูแล จำนวน 5-10 คน ร้อยละ 48.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	279	94.3
ชาย	17	5.7
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	19	6.4
30-39	55	18.6
40-49	134	45.3
50 ขึ้นไป	88	29.7
$\overline{X}$ = 44.37 S.D. = 8.22		
สถานภาพ		
โสด	38	12.8
คู่	236	79.7
หม้าย/หย่า/แยก	22	7.4
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา/ปวช	236	79.7
อนุปริญญา/ปวส	34	11.5
สูงกว่าปริญญาตรี	9	3.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	17	5.7
โรคประจำตัว		
ไม่มี	237	80.1
มี	59	19.9
-เบาหวาน	13	4.4
-ความดันโลหิตสูง	19	6.4
-โรคหัวใจ	2	0.7
-ไมเกรน	10	3.4
รายได้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อ		
เดือน	86	29.2
1000	65	22.0
2000	69	23.4
3000	23	7.8
4000	40	13.6
5000	12	4.1
6000		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนผู้สูงอายุในความดูแล		
1-4	71	24.0
5-10	143	48.3
11-15	62	20.9
16-20	20	6.8

5.2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่องหลักธรรมประจำใจของผู้ดูแลคือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ร้อยละ 99.7 รองลงมา คือ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 98.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้น้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่เรื่องผู้สูงอายุจะมองเห็นสีเขียว สีม่วง สีน้ำเงิน ได้ดีกว่าสีเหลือง สีส้ม และสีแดง ดังนั้นการจัดห้องและการใช้สีควรเป็นสีทึบจะดีกว่าสีสว่าง เพราะผู้สูงอายุจะมองเห็นได้ดีกว่า ร้อยละ 61.8 รองลงมาเรื่องการตกเลือดมี 2 ชนิดคือ การตกเลือดภายนอก และการตกเลือดภายใน การห้ามเลือดภายนอกที่สำคัญคือการกดลงบนแผลที่มีเลือดออกและไม่ควรยกแขนหรือขาที่มีเลือดออกให้อยู่สูงเท่าหน้าอกหรือหัวใจเพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้น ร้อยละ 63.5 เมื่อพิจารณา ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.4 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

5.3 ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว ร้อยละ 38.5 รองลงมา เรื่องผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจจำเป็นต้องให้ความรักความใส่ใจในการดูแล ร้อยละ 36.5

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 และ 30.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้และระดับทัศนคติ

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ต่ำ	2	0.7
ปานกลาง	59	19.9
สูง	235	79.4
รวม	**296**	**100**
ระดับทัศนคติ		
ต่ำ	60	20.3
ปานกลาง	91	30.7
สูง	145	49.0
รวม	**296**	**100**

5.4 ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรกคือการวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs) บอกวัตถุประสงค์ ได้ถูกต้อง ร้อยละ 98.3 รองลงมา คือ การเตรียมปรอทให้พร้อมใช้ วัดปรอทถูกต้องและระยะเวลาเหมาะสม ร้อยละ 97.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ เรื่องการดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ ในการทำความสะอาดรูเปิดของถุงปัสสาวะด้วย 70% แอลกอฮอล์ หรือ 10% โพรวิดีน ก่อนและหลังการเทปัสสาวะออก ร้อยละ 83.4 รองลงมา คือเรื่อง การให้ออกซิเจน ในการเตรียมอุปกรณ์และออกซิเจนให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ร้อยละ 84.8 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงรายข้อ

ข้อที่	ทักษะ	การปฏิบัติ		
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ปฏิบัติ
1.	การประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามADLและประเมินคัดกรองด้านอื่นๆ	95.9	4.1	0.0
การวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs)				
2	บอกวัตถุประสงค์ ได้ถูกต้อง	98.3	1.4	0.3
3	บอกให้ผู้ป่วยทราบให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย	97.0	2.4	0.7
4	เตรียมปรอทให้พร้อมใช้ วัดปรอทถูกต้องและระยะเวลาเหมาะสม	97.6	2.0	0.3
5	จับชีพจรได้ถูกตำแหน่งและเหมาะสม	94.9	4.7	0.3
6	นับอัตราการเต้นของชีพจรบอกลักษณะ และอธิบายค่าการเต้นของชีพจรที่วัดได้อย่างถูกต้อง	94.6	5.1	0.3
7	จัดท่าผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์เพื่อวัดความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม	96.3	3.7	0.0
8	วัดความดันโลหิตได้อย่างถูกต้องตามหลักการ เช่นระดับการวางเครื่อง ตำแหน่งที่ใช้ฟังเสียง ระดับการบีบลม	96.6	3.0	0.3
9	อธิบายอุณหภูมิที่วัด/บันทึกค่าสัญญาณชีพได้ถูกต้อง	95.6	4.4	0.0
10	จัดท่าผู้สูงอายุ โดยยกแขนด้านใกล้ตัวขึ้นเหนือศีรษะแขนเหยียดตรงขาเหยียดตรง	89.9	9.5	0.7
การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุ				
11	มือข้างหนึ่งประคองคอบริเวณท้ายทอยมืออีกข้างจับบริเวณสะโพก	91.2	7.4	1.4
12	พลิกตัวผู้สูงอายุเข้าหาตัว ให้นอนหงาย	93.6	4.4	2.0
13	จัดท่าผู้สูงอายุให้สุขสบาย	97.0	3.0	0.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อที่	ทักษะ	การปฏิบัติ		
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ปฏิบัติ
การให้ออกซิเจน				
14	เตรียมอุปกรณ์และออกซิเจนถูกต้องตามแผนการรักษา	84.8	9.1	6.1
15	จัดท่าผู้ป่วยได้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ	91.9	3.4	4.7
16	ต่อสายออกซิเจนกับถังหรือท่อออกซิเจนและทดสอบการอุดตันของสายปรับปริมาณออกซิเจนตามคำสั่งการรักษา	85.1	8.8	6.1
17	ให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ตรึงสายออกซิเจนตามความเหมาะสม	89.5	5.4	5.1
18	สังเกตอาการผู้ป่วยขณะให้และบันทึกรายงาน	91.6	3.7	4.7
การดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ				
19	ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหักพับงอหรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ โดยยึดตรึงไว้ด้วย พลาสเตอร์ที่บริเวณต้นขาด้านใน	89.5	5.1	5.4
20	ดูแลบีบรีดสายยาง (milking) บ่อย ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ตะกอนหรือลิ่มเลือดกั้นอยู่ภายในสายยาง	95.3	1.4	3.4
21	ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ	92.2	3.0	4.7
22	การทำความสะอาดรูเปิดของถุงปัสสาวะด้วย 70% แอลกอฮอล์ หรือ 10% โพรวิดีน ก่อนและหลังการเทปัสสาวะออก	83.4	6.8	9.8

5.5 ความพึงพอใจต่อการของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ดูแล (Care giver)

ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของความพึงพอใจ **มิติทางกาย** อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=2.71) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ($\bar{x}$=2.76) การดูแลและแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ($\bar{x}$=2.75)การใช้ยาในผู้สูงอายุ ($\bar{x}$=2.68) และคำแนะนำเรื่องอาหารโภชนาการในผู้สูงอายุ ($\bar{x}$=2.67)

ในภาพรวมของความพึงพอใจ **มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา** อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=2.77) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้รู้สึกยอมรับได้ในปัญหาที่ยากจะแก้ไข ($\bar{x}$=2.87) เชื่อว่าผู้ดูแลจะดูแลเป็นอย่างดีเมื่อป่วยหนัก ($\bar{x}$=2.79) และความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ($\bar{x}$=2.77)

ในภาพรวมของความพึงพอใจ **มิติทางสังคมและระบบบริการ** อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=2.75) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ด้านกริยา วาจาของผู้ดูแล ($\bar{x}$=2.76) ความรวดเร็วในการดูแล การเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือที่ให้บริการตรงกับความต้องการและความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน ($\bar{x}$=2.75) ดังรายละเอียด ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
	มิติทางกาย			
1.	คำแนะนำเรื่องอาหาร โภชนาการในผู้สูงอายุ	2.67	.470	มาก
2.	การใช้ยาในผู้สูงอายุ	2.68	.495	มาก
3.	การดูแล และคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ	2.75	.443	มาก
4.	การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม	2.76	.430	มาก
	รวม	**2.71**	**.361**	**มาก**
	มิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา			
5.	ความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับการดูแลจากผู้ดูแล	2.77	.434	มาก
6.	เชื่อว่าผู้ดูแลจะดูแลเป็นอย่างดีเมื่อป่วยหนัก	2.79	.427	มาก
7.	ผู้ดูแลทำให้รู้สึกยอมรับได้ในปัญหาที่ยากจะแก้ไข	2.87	.413	มาก
	รวม	**2.77**	**.365**	**มาก**
	มิติทางสังคม/ ระบบบริการ			
8.	กริยา วาจาของผู้ดูแล	2.76	.335	มาก
9.	ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน	2.75	.428	มาก
10.	อุปกรณ์/ เครื่องมือที่ให้บริการตรงกับความต้องการของท่าน เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน	2.75	.434	มาก
	รวม	**2.75**	**.303**	**มาก**

5.6 ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคลและผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) มีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 ตามลำดับ

ส่วนผลของการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เปลี่ยนแปลงดีขึ้น และผู้สูงอายุ ADL ไม่เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล ร้อยละ 49.5 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคลและผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

ตามความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในแผนฯ		
-น้อย	5	1.7
-ปานกลาง	125	42.4
-มาก	166	56.1
ผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล		
-ผู้สูงอายุ ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น	146	49.5
-ผู้สูงอายุ ADL ไม่เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	146	49.5
-ผู้สูงอายุ ADL ไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีภาวะแทรกซ้อน	3	1.0

5.7 แนวทางในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10

5.7.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

จากการศึกษา พบว่า ด้านการปฏิบัติงาน ยังพบปัญหาการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติ ด้านอุปกรณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานซึ่งมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ เช่น เครื่องวัดความดัน และขาดงบประมาณสนับสนุนการลงพื้นที่ เช่น ขาดยานพาหนะ การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งต้องแข่งกับเวลาหรือค่าน้ำมันในการเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากระยะทางในการออกปฏิบัติงานไกล อีกทั้งด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการน้อยไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

5.7.2 ข้อเสนอแนะ หรือสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการสิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติงานด้านอุปกรณ์ในการออกปฏิบัติงาน ได้แก่ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก ชุดทำแผล อุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้น ต้องการให้พิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนค่าน้ำมันเติมยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน อีกทั้งเพิ่มจำนวนผู้ดูแลให้เพียงพอ เป็นหมู่บ้านละ 2 คน และอยากให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน อยากให้มีสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6. การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.คุณลักษณะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุในการดูแลจำนวน 5-10 คน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง[9] การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี อผส.ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41–50 ปี จะต้องดูแลผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 6–10 คน อธิบายว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ส่วนการมอบหมายจำนวนผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานที่เหมาะสม อยู่ในช่วง 5-10 คน สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 ที่กำหนดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงตั้งแต่ 5-10 คน โดยผู้จัดการการดูแล (Care manager) เป็นผู้พิจารณาจัดสรรผู้สูงอายุพึ่งพิงให้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามศักยภาพและคละกลุ่มของผู้สูงอายุให้เหมาะสม แม้ผลการศึกษาจะสนับสนุนว่าเกณฑ์จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กำหนดมีความเหมาะสมแล้ว แต่

เมื่อ คำนึงถึงความเป็นจริงในชุมชน ผู้วิจัยเห็นว่าทุกหมู่บ้านควรมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) อย่างน้อย 1-2 คน และดูแลผู้สูงอายุ ไม่ควรเกิน 10 คน แต่การมอบหมายผู้สูงอายุในการดูแลควรจัดสรรให้มีทั้งกลุ่มที่มีปัญหาเล็กน้อยและปัญหาซับซ้อน ไม่ให้หนักผู้ดูแลคนใดคนหนึ่ง เฉลี่ยความยากง่ายของผู้สูงอายุให้เท่าๆ กันจึงจะมีความเหมาะสม

2.ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.4 ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับจริยธรรมของผู้ดูแล ร้อยละ 99.7 รองลงมา คือ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 98.3 ส่วนความรู้ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีน้อยที่สุด เรื่องปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.8 รองลงมา เรื่องการตกเลือด การห้ามเลือดเมื่อเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์และ เพชรา ชวนะพันธุ์[10] ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 และเพ็ญนภา มะหะหมัด[11] ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลในมิติด้านกาย จิตใจ และสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่ามิติด้านกาย สังคมและสิ่งแวดล้อมมีคะแนนอยู่ในระดับดีต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ80) ที่กำหนดเฉพาะ มิติด้านจิตใจที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ระดับดีตามที่กำหนด ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง[12] ผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังในการทำงานของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในประเด็นด้านความรู้ ความสามารถ/ทักษะของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านความประพฤติ การจัดกิจกรรมสันทนาการ การป้องกันอันตราย/สภาพแวดล้อม ความสะอาด อยู่ใน ระดับมาก จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อคิดเห็นประเด็นการจัดทำหลักสูตรฟื้นฟูความรู้ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรเพิ่มในประเด็นความรู้ความสามารถ/ทักษะของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมิติด้านจิตใจให้เข้าถึงความเข้าใจประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุในและเพิ่มชั่วโมงในการฝึกปฏิบัติทักษะด้านการดูแลด้านร่างกายในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจให้มากขึ้น และเพิ่มเนื้อหาการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมและการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว ชุมชน

3.ระดับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะเกี่ยวกับเรื่อง การวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs) การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุ การให้ออกซิเจน การดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมากเกินร้อยละ 80 ขึ้นไป และเมื่อจำแนกรายข้อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ บอกวัตถุประสงค์ในการวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs) ได้ถูกต้อง มีการเตรียมปรอทให้พร้อมใช้ วัดปรอทถูกต้องและระยะเวลาเหมาะสม แต่เรื่องที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ เรื่องการดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ ในการทำความสะอาดรูเปิดของถุงปัสสาวะด้วย 70% แอลกอฮอล์ หรือ 10% โพรวิดีน ก่อนและหลังการเทปัสสาวะออก และการให้ออกซิเจน ในการเตรียมอุปกรณ์และออกซิเจนให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาลิณี ภัทรพงศ์[13] ได้ทำการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีจึงควรได้รับการ สนับสนุนให้ใช้ศักยภาพด้านนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทักษะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือเรื่องการดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะและการดูแลระบบทางเดินหายใจ ซึ่งจากตารางการฝึกปฏิบัติในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวนชั่วโมงจำกัด และการเก็บประสบการณ์กรณีศึกษาในการฝึกภาคปฏิบัติมีจำนวนกรณีศึกษาไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อคิดเห็นว่าการฝึกปฏิบัติควรเพิ่มเรื่องคุณภาพ แก้ปัญหา

ความไม่เพียงพอของจำนวนกรณีศึกษาด้วยการเน้นใช้เทคนิคการแสดงกลับ-สาธิต วิธีสอนโดยใช้การสาธิต (Demonstration Method) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความมั่นใจในตนเองและจากผู้รับบริการต่อไป

4.ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีและระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 และ 30.7 ตามลำดับ มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว ร้อยละ 38.5 รองลงมา เรื่องผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจจำเป็นต้องให้ความรักความใส่ใจในการดูแล ร้อยละ 36.5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญนภา มะหะหมัด[11] ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาสผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจินตนา อาจสันเที้ยะและพรนภา คำพราว[5] รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนด้วยใจอย่างมีความสุข รูปแบบบริการที่ใส่ใจผู้สูงอายุ บุคลากรควรมีใจที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติ ที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเข้าใจในความสูงอายุ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ซึ่งควรคำนึงถึงประเด็นของความเสมอภาค คุณภาพ และประสิทธิภาพ จากข้อมูลดังกล่าวยังพบว่าประเด็นทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริม ในหลักสูตรฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาระงานการ ดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก การที่ต้องดูแลผู้สูง อายุตลอดวันหรือทุกวัน รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา ที่ต้องพึ่งพิงทางกายเป็นการเพิ่มความทุกข์ยากแก่ผู้ดูแล มากที่สุด จึงอาจทำให้เกิดภาวะ เครียดในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการให้สำคัญในเรื่องนี้จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

5.ความพึงพอใจต่อการของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ดูแล (Care giver) ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของความพึงพอใจมิติทางกาย มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญาและมิติทางสังคมและระบบบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=2.71) ($\bar{x}$ =2.77) และ($\bar{x}$= 2.75) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์และ เพชรา ชวนะพันธุ์[10] ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ด้านความพึงพอใจ พบว่าตัวผู้สูงอายุเองมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับดี(ร้อยละ50.2) มิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความพึงพอใจระดับดี (ร้อยละ 82.3) และผลการศึกษาของ อารยา ประเสริฐชัย[13] พบว่าภาพรวมผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเด็นความประพฤติ การจัดกิจกรรม สันทนาการ การป้องกันอันตราย/สภาพแวดล้อม ความสะอาด อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความพึงพอใจในการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านความรู้ความสามารถ/ทักษะของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก แต่มีข้อแตกต่างในผลการศึกษาด้านระบบบริการมีข้อเสนอแนะให้กำหนดหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุควรพิจารณาการปรับปรุงในประเด็นด้านความรู้ ความสามารถ/ทักษะ ด้าน ความประพฤติ โดยเฉพาะความซื่อสัตย์ การจัดกิจกรรม สันทนาการ การป้องกันอันตราย/สภาพแวดล้อมและความสะอาดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยเห็นด้วยในการปรับปรุงหลักสูตรโดยผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจจำเป็นต้องปรับปรุงหลักสูตรผู้ดูแล ผู้สูงอายุให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยการกลับไปพิจารณาหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นที่ยังไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการเพื่อหาทางปรับปรุงคุณภาพการบริการเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการต่อไป

6.ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคลและผลการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) มีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 ตามลำดับ ส่วนผลของการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เปลี่ยนแปลงดีขึ้น และผู้สูงอายุ ADL ไม่เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล ร้อยละ 49.5 จากการศึกษามีความแตกต่างจากรายงานการศึกษาของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[14] รายงานผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ร้อยละ 20.5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนเท่าเดิม 59.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนน 20.2 จากผลการศึกษาผู้วิจัยเห็นว่าผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ควรให้ความสำคัญในการกำกับดูแลและประเมินผลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดก่อเกิดให้ผลการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

7.แนวทางในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ด้านการปฏิบัติงาน ยังพบปัญหาการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติ ด้านอุปกรณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานซึ่งมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ เช่น เครื่องวัดความดัน และขาดงบประมาณสนับสนุนการลงพื้นที่ เช่น ขาดยานพาหนะ การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งต้องแข่งกับเวลาหรือค่าน้ำมันในการเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากระยะทางในการออกปฏิบัติงานไกล อีกทั้งด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการน้อยไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง[9] การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของ อผส. ได้แก่ ปัญหาเรื่องการไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำของผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแลมีมากเกินไป การขาดความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ และการสื่อสารกับผู้สูงอายุมีปัญหา ซึ่งจากปัญหาของผู้สูงอายุและญาติไม่ให้ความร่วมมือสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารยา ประเสริฐชัย[13] พบว่าความไม่ไว้วางใจในความรู้ความ สามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากประเด็นดังกล่าว ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่กำกับรับผิดชอบผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ควรอธิบายทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุพึ่งพิงและญาติในครั้งแรกก่อนเข้าไปทำการดูแลตาม care plan ในประเด็นที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้ การฝึกทักษะ เรื่องใดบ้างก่อนมาปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้เกิดการยอมรับและไว้วางใจ จากผู้สูงอายุพึ่งพิงและญาติ

จากผลการศึกษาส่วนข้อเสนอแนะ หรือสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการสิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติงานด้านอุปกรณ์ในการออกปฏิบัติงาน ได้แก่ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก ชุดทำแผล อุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้น ต้องการให้พิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนค่าน้ำมันเติมยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน อีกทั้งเพิ่มจำนวนผู้ดูแลให้เพียงพอ เป็นหมู่บ้านละ 2 คน และอยากให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน อยากให้มีสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์และ เพชรา ชวนะพันธุ์[10] ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ควรมีระบบการสนับสนุนให้แก่ผู้ดูแล อาจเป็นด้านค่าใช้จ่าย และการดูแลด้านสุขภาพของตัวผู้ดูแลเอง เพื่อให้

ทำงานได้ต่อไปในระยะยาวซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการขอรับสิ่งสนับสนุนต่างๆ ควรส่งเสริมให้ ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่อย่างยั่งยืน

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งนี้

ด้านการศึกษา/อบรม

- ควรมีการอบรมฟื้นฟูด้านความรู้ ทักษะของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะและการดูแลระบบทางเดินหายใจเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

ด้านทักษะ/ปฏิบัติการดูแล

ควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์การปฏิบัติงานให้เพียงพอในการประเมินอาการของผู้สูงอายุพึ่งพิงให้เท่าทันต่อเปลี่ยนแปลงและการดูแล ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุพึ่งพิง

ด้านการวิจัย/ประเมินผล

ควรมีการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของผู้ดูแล พร้อมกับการประเมิน กำกับติดตาม โดยการวิจัยพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ควรมีการบูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในชุมชน ทั้ง อปท. สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน คนในชุมชน และองค์กรอื่นๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จ อาทิ งบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ต่างๆ ด้วยพลังชุมชน

7.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.ควรมีระบบสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ค่ายานพาหนะ อุปกรณ์สนับสนุนการปฏิบัติงาน

2.ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและกระบวนการความเชื่อมั่นในให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนเกิดการยอมรับในการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.ควรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเกิดการพัฒนาทั้งระบบ โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ค้นหา Best practice และนวัตกรรม เพื่อเกิดการพัฒนาคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

8.เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท พรหมภักดิ์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย Aging society in Thailand. [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b2040614
2. กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์. รับมือสังคมผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://themomentum.co/happy-lifeaging-socie
3. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ,ภัทรพรรณ อดทน.การคาดประมาณความต้องการการดูแลระยะยาวในประชากรผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2552. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tcithaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/30284/26108.

4. เกษรา ชัยเหลืองอุไร. การศึกษาเปรียบเทียบระบบสวัสดิการสังคมระหว่าง ประเทศไทย และประเทศสิงคโปร์.รายงานการศึกษาส่วนบุคคล หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 6 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.[อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files /nbt/nbt6/IS/IS6031.pdf.
5. จินตนา อาจสันเที๊ยะและ พรนภา คำพราว.ระบบการดูแลผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php /JRTAN/article/download/30284/26108/.
6. พิจิตรา ธงพานิช.ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของบลูม.ใน:บล็อกวิชาการพัฒนาหลักสูตร [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://lifestyemyself.blogspot.com/p/bloom.html
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.109.15 /nont/file_upload/aging /bookLTC.pdf .
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง. [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://hpc2.anamai.moph.go.th/emedia/detail.php?pid=135.
9. วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง. การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2553/19566.pdf.
10. ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์, เพชรา ชวนะพันธุ์. ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา); 2559.
11. เพ็ญนภา มะหะหมัด. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.journalggm.org/view-article-17/.
12. ชาลิณี ภัทรพงศ์. หลักในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.[อินเทอร์เน็ต]. 2550. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JBS/article/view/133283.
13. อารยา ประเสริฐชัย. ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 26 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://hpc4 .anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1144.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/frontend/page- contentdetail.aspx?CatID =MTMxMA==.
15. ทองเพชร, กาญจนา, มณีวรรณ. ก้าวย่างของประเทศไทย สู่‘สังคมผู้สูงอายุ’อย่างสมบูรณ์ แบบ. (อินเทอร์เน็ต). 2563. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dmh.go.th/ news- dmh/view.asp?id =30476

16. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย .[อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 11 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https:// thaitgri.org /?p=37051.
17. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2552. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2716?show=full.
18. สายสมร เฉลยกิตติ.กระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม.วารสารพยาบาลทหารบก ..[อินเทอร์เน็ต].2557.[เข้าถึงเมื่อ 11 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN /article/view/12069
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่นจำกัด; 2557.
20. อรวรรณ ธนูศร. รายงานการวิจัย ความพึงพอใจของนิสิตต่อการจัดการเรียนการสอน.[อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://kb.tsu.ac.th/jspui/bitstream /123456789/3404/1/Orawant%20Tanoosorn%2000203155.pdf
21. เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่. ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ทัศนคติและ พฤติกรรม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. 2550. [เข้าถึงเมื่อ 26 ต.ค. 63]. เข้าถึงได้จาก: http://library.cmu.ac.th/digitalcollection/etheses/index.php?word=2552&check_field=YEAR&select_study=&condition=2&search=9&philosophy=&master=&page=66.
22. Benjamin, S Bloom. ‘Learning for mastery’. Evaluation comment. Center for bthe study of instruction program. University of California at Los Angeles.Vol 2:47-62.Best, J.W. 1970. Research in education. Englewood Cilifts, New Jersy: Printice-Hall.Loether, Herman J. and Mctavish, Donald G. 1993. Descriptive and inferential Statistics : An Introduction. USA : Allyn and Bacon; 1986.
23. Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V. N4Studies: Sample size and power calculations for android. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund&Prince of Songkla University; 2014.
24. Phalakornkule, Suchint and Saowals Tongpan. “Elderly in Thailand”. Productive Ageing in Asia and the Pacific. Asian Population Studies Series No. 129, p. 100-104. 1992.
25. Wayne W., D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences (6th ed.). John Wiley&Sons, Inc., 180.; 1995.