ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ไดอาน่า ศรีพรกิจขจร, พ.บ.*[a]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุ ระดับสมรรถภาพการปฏิบัติงาน และระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็น Caregiver ที่ผ่านการอบรมเกิน 3 ปี ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย Power analysis ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ (การกายภาพบำบัด การจัดการภาวะวิกฤต การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม และการแพทย์แผนไทย) แบบประเมินความรู้ 20 ข้อ แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และแบบประเมินความมั่นใจตนเอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง รายฉบับอยู่ระหว่าง 0.92-0.96 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.84 Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88-0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง Caregiver จำนวน 309 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$±SD=12.45±2.18 เป็น 17.82±1.64, t=-32.64, p<0.001) คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพการปฏิบัติงานจริงเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีเยี่ยม ($\bar{X}$±SD=2.85±0.54 เป็น 4.45±0.38, t=-42.15, p<0.001) และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$±SD=2.92±0.58 เป็น 4.52±0.41, t=-38.74, p<0.001) จากผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ สามารถยกระดับสมรรถนะและความมั่นใจของ Caregiver ได้อย่างมีประสิทธิผล สามารถใช้เป็นโมเดลต้นแบบในการพัฒนาเครือข่ายระบบดูแลระยะยาว ในระดับปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พัฒนาศักยภาพ; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ภาวะพึ่งพิง

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ
[a] Corresponding author: ไดอาน่า ศรีพรกิจขจร Email: Sripornkit57@gmail.com
รับบทความ: 8 ต.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 17 ต.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 18 ต.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 พ.ย. 69

Effectiveness of a Competency Development Program for Caregivers of the Elderly and Dependent in Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province

Diana Sripornkitkachorn, M.D.[*a]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare caregivers' knowledge, performance competency, and self-efficacy regarding elderly care before and after participating in the competency development program for caregivers of the dependent elderly in Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. The target population consisted of active caregivers in Mueang Chaiyaphum District who had completed their initial training more than 3 years prior. The minimum sample size was calculated using power analysis with a 20 percent drop-out compensation, yielding 235 participants, with a total of 309 caregivers successfully completing the study and providing complete data.

Research instruments included a 5-dimension competency development program (physical therapy, crisis management, environmental modification, dementia care, and Thai traditional medicine), a 20-item knowledge assessment, a 5-level rubric performance competency scale, and a self-efficacy scale. Content validity was evaluated by 3 experts, yielding an index ranging from 0.92 to 0.96 across instruments. Reliability was confirmed with KR-20=0.84 for knowledge assessment and Cronbach's alpha ranging from 0.88 to 0.91 for competency and self-efficacy scales. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with statistical significance set at 0.05.

The results revealed that among the 309 caregivers, the mean knowledge score significantly increased post-intervention ($\bar{x}$±SD=12.45±2.18 to 17.82±1.64, t=-32.64, p<0.001). Performance competency significantly improved from a moderate level to an excellent level ($\bar{x}$±SD=2.85±0.54 to 4.45±0.38, t=-42.15, p<0.001). Furthermore, self-efficacy scores significantly increased from a moderate level to the highest level ($\bar{x}$±SD=2.92±0.58 to 4.52±0.41, t=-38.74, p<0.001). These findings demonstrate that the 5-dimension competency development program effectively enhances caregivers' skills and self-efficacy, serving as a sustainable prototype model for primary long-term care systems.

Keywords: Competency development; Elderly caregiver; Dependent elderly

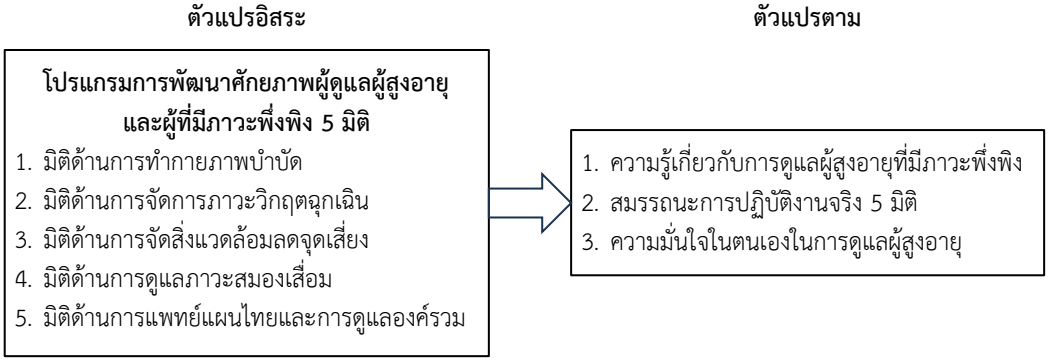
[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Social Medicine Department, Chaiyaphum Hospital
[a] Corresponding author: Diana Sripornkitkachorn Email: Sripornkit57@gmail.com
Received: Oct. 8, 26; Revised: Oct. 17, 26; Accepted: Oct. 18, 26; Published Online: Nov. 7, 26

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) และกำลังมุ่งสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด[1] ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependency) และผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมและการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] สอดคล้องกับแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC)[3] การจัดการปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยกลไกการดูแลเชิงรุกในชุมชน ผ่านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น[4] โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เป็นบุคลากรปฐมภูมิหลักในการขับเคลื่อน ในบริบทของอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ แม้จะมีการขับเคลื่อนนโยบายตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่พบความท้าทายสำคัญคือการรักษามาตรฐานและสมรรถนะของ Caregiver ให้เท่าทันต่อความซับซ้อนของอาการเจ็บป่วย จากการติดตามงานในพื้นที่พบว่า Caregiver ที่ผ่านการอบรมมาเกิน 3 ปี บางส่วนยังขาดความมั่นใจและทักษะเฉพาะทางในการทำกายภาพบำบัด การรับมือกับภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การปรับสิ่งแวดล้อม และการจัดการพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม หาก Caregiver ขาดสมรรถนะที่เพียงพอ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลในการชะลอภาวะพึ่งพิง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชนแบบองค์รวม จึงได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม 5 มิติการดูแลหลัก (การทำกายภาพบำบัด การจัดการภาวะวิกฤต การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม และการแพทย์แผนไทย) โดยประยุกต์ใช้แนวทางจากคู่มือหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568)[5] เพื่อยกระดับความรู้ ทักษะสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองของ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะตามคู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568)[5] ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[6] เป็นกรอบในการออกแบบตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ (การทำกายภาพบำบัด การจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม และการแพทย์แผนไทย) เพื่อส่งผ่านไปยังตัวแปรตาม 3 ด้าน ได้แก่ ระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุ, ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง (5 มิติ) และ ระดับความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองขั้นต้น (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ ต่อระดับความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีแผนผังรูปแบบการวิจัย ดังนี้

$$O_1 \longrightarrow X \longrightarrow O_2$$

สัญลักษณ์ที่ใช้ในแผนผังการวิจัย

O_1 : การประเมินระดับความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองของ Caregiver ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ (Pre-test)

X : การดำเนินโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ

O_2 : การประเมินระดับความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองของ Caregiver หลัง เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ (Post-test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุมาแล้วเกิน 3 ปี และกำลังปฏิบัติงานอยู่ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุมาแล้วเกิน 3 ปีปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วนตลอดระยะเวลาการทดลอง หรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power analysis) สำหรับสถิติ Paired t-test ตามแนวคิดของ Polit and Beck[7] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size: d) เท่ากับ 0.20 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 196 คน ชดเชยการสูญหาย

ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการจำนวน 235 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จริงในการดำเนินงานภาคสนาม มี Caregiver ในพื้นที่เข้าร่วมโครงการและตอบแบบประเมินสมบูรณ์ครบถ้วนทุกมิติ รวมทั้งสิ้นจำนวน 309 คน (n=309) จึงนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 309 คน มาวิเคราะห์และประมวลผลลัพธ์ทางสถิติในการศึกษานี้ เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบและความเที่ยงตรงของผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวทางจากคู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568) ประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง ครอบคลุม 5 มิติการดูแลหลัก ได้แก่

- มิติด้านการทำกายภาพบำบัด: การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกาย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี
- มิติด้านการจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน: การประเมินสัญญาณชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน
- มิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อม: การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- มิติด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม: การประเมินและการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
- มิติด้านการแพทย์แผนไทย: การประคบสมุนไพร การนวดไทย และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ (ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน)
- แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง: เป็นแบบประเมินตามเกณฑ์รูบริก (Rubric score)[8] 5 ระดับ ครอบคลุมทักษะการปฏิบัติงานจริงทั้ง 5 มิติการดูแล
- แบบประเมินความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ (Self-efficacy): เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[6]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence) รายฉบับอยู่ระหว่าง 0.92–0.96 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับ Caregiver ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน พบว่า แบบประเมินความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.84 แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.88-0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทั้งหมด นำมาลงรหัสและบันทึกข้อมูลเพื่อประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

- ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สมรรถนะ และความมั่นใจ ของ Caregiver ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติอ้างอิง Paired t-test (สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 (α=0.05)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่หนังสือรับรอง ECCPH.029/2569 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับแก่อาสาสมัครทุกท่าน ทั้งนี้การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยอาสาสมัครลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการประเมินทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยใช้รหัสแทนตัวบุคคล ในการบันทึกข้อมูล และนำเสนอผลลัพธ์ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 309 คน ตามลักษณะข้อมูลและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.35 (n=273) มีอายุเฉลี่ย 51.42±7.18 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย ร้อยละ 61.16 (n=189) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น Caregiver เฉลี่ย 4.85±1.20 ปี และมีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแลเฉลี่ย 3-5 คนต่อคน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. การเปรียบเทียบระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=309)

ช่วงการประเมิน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	12.45	2.18	-32.64	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	17.82	1.64		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 12.45±2.18 คะแนน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.82±1.64 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-32.64$, $p<0.001$)

2. การเปรียบเทียบระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการปฏิบัติงานจริงจำแนกตามมิติการดูแล 5 มิติ และภาพรวม ของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามมิติการดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=309)

มิติสมรรถนะการดูแล	ก่อนเข้าร่วม $\bar{X}$±SD	หลังเข้าร่วม $\bar{X}$±SD	t	p-value
มิติด้านการทำกายภาพบำบัด	2.84±0.62	4.45±0.48	-35.12	<0.001*
มิติด้านการจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน	2.65±0.71	4.38±0.52	-34.80	<0.001*
มิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยง	3.12±0.58	4.62±0.43	-36.45	<0.001*
มิติด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม	2.70±0.65	4.31±0.50	-33.92	<0.001*
มิติด้านการแพทย์แผนไทยและการดูแลองค์รวม	2.95±0.60	4.50±0.46	-35.88	<0.001*
ภาพรวมทุกมิติ	**2.85±0.54**	**4.45±0.38**	**-42.15**	**<0.001***

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.85±0.54 คะแนน (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45±0.38 คะแนน (ระดับมากที่สุด) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า ทุกมิติมักมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (4.62±0.43) รองลงมาคือมิติด้านการแพทย์แผนไทยฯ (4.50±0.46) และมิติด้านการทำกายภาพบำบัด (4.45±0.48) ตามลำดับ การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test แสดงว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกมิติ ($p<0.001$)

3. การเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ

ผลการประเมินระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=309)

ด้านการประเมินความมั่นใจ	ก่อนเข้าร่วม $\overline{X}$±SD	หลังเข้าร่วม $\overline{X}$±SD	t	p-value
ระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวม	2.92±0.58	4.52±0.41	-38.74	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.92, SD=0.58) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.52, SD=0.41) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=-38.74, p<0.001)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ มีประเด็นสำคัญนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ด้านความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการออกแบบโปรแกรมการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการประยุกต์ใช้เนื้อหาตามคู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568) ซึ่งผสานมิติการดูแลที่จำเป็น 5 มิติเข้าด้วยกัน ทำให้ Caregiver เกิดการเรียนรู้ที่เป็นระบบ เข้าใจง่าย และสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติงานจริงในชุมชนได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ และคณะ[9] ที่พบว่าการจัดกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก ร่วมกับสื่อคู่มือมาตรฐาน ช่วยยกระดับความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของบุคลากรปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิผล

ด้านสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver สมรรถนะการปฏิบัติงานจริงของ Caregiver หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยงและมิติด้านการแพทย์แผนไทยฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเน้นฝึกทักษะผ่านสถานการณ์จำลอง และการสาธิตย้อนกลับ (Return demonstration) เปิดโอกาสให้ Caregiver ได้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการประเมินจุดเสี่ยงในบ้าน เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นรูปธรรม[10] ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะสมรรถนะการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller[11] เรื่องการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ระบุว่าการฝึกปฏิบัติจริงจนสามารถแสดงให้เห็นได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสุขภาพ

ด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[6]

ระบุว่า ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการได้ทดลองปฏิบัติจริง และการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่น ส่งผลให้ Caregiver มีความมั่นใจ รู้คุณค่าตนเอง และพร้อมที่จะนำทักษะไปใช้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

ระดับนโยบายและการบริหารจัดการ โรงพยาบาลชัยภูมิและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ ควรพิจารณาบรรจุโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ 5 มิติ เข้าเป็นหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถนะประจำปี สำหรับ Caregiver ในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานและฟื้นฟูทักษะอย่างต่อเนื่องทุก 3 ปี

ระดับการปฏิบัติงานปฐมภูมิ ทีมสุขภาพปฐมภูมิและพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน LTC ควรนำชุดความรู้และทักษะทั้ง 5 มิติ โดยเฉพาะมิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยง มิติด้านการแพทย์แผนไทยและมิติด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม ไปประยุกต์ใช้ในการนิเทศติดตามงาน และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร่วมกับ Caregiver ในพื้นที่

ระดับชุมชนและผู้ดูแล ควรสนับสนุนการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง Caregiver ในระดับตำบล เพื่อให้ Caregiver ได้แบ่งปันประสบการณ์ การแก้ปัญหาหน้างาน และสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยคงระดับความมั่นใจในตนเอง ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

การศึกษาระยะยาว ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาคงอยู่ของสมรรถนะและความมั่นใจในการทำงานของ Caregiver ในระยะยาว (เช่น ติดตามผลที่ 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลกระทบจากการฝึกอบรม

การพัฒนารูปแบบการวิจัย ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายใน และลดปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม

การประเมินผลลัพธ์ระดับผู้สูงอายุ ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปสู่การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยตรง เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อัตราการเกิดแผลกดทับ หรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568). นนทบุรี: NC Concept; 2568.
6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
7. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
8. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการจัดการเรียนรู้และการประเมินผลตามเกณฑ์รูบริก (Rubric Assessment Guidelines). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
9. สิริวรรณ ขาวแม้น, พรนภา หอมสินธุ์, โชติรส พละศักดิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงรุกต่อความรู้และสมรรถนะของตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(2):45-58.
10. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
11. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine. 1990;65(9):S63-7.