



รายงานการวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด
หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด (The Effect of Humanitude - driven
program for Elderly Care by Nurses in Medicine ward, Trat Hospital)

ปวีณา กาบสลัก พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ)^{1*}

อันธิกา คระระวานิช วท.ม. (สาขาวิชาสรีรวิทยา)²

ลดาวัลย์ จันทร์แจ่ม พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล)³

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail : joykea6733@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่มคือ 1) พยาบาล 15 คนจาก 5 หอผู้ป่วยแผนกสามัญ อายุรกรรมที่ผ่านการอบรมเรื่องหลักฮิวแมนนิจูด 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 3) ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มละ 34 คน ดำเนินการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลตราด ค่า IOC 0.90 ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ ค่า IOC 0.89 ,0.90, 0.95 ค่าความเชื่อมั่น 0.90, 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ 4) แบบบันทึก ADL ของผู้ป่วยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ t-test และ One Way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) มีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด ประกอบด้วย 10 กิจกรรม 2) ผลการใช้โปรแกรม ด้านผู้ให้บริการ: พยาบาล หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถและความพึงพอใจสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ด้านผู้รับผลงาน: ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถและความพึงพอใจสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 คุณภาพบริการ: ผู้ป่วยสูงอายุ ความสามารถเชิงปฏิบัติ (ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ สามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาล และผู้ดูแลเพิ่มระดับความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ นำสู่การขยายโปรแกรมฯ ไปใช้ในแผนกอื่นและ Home Ward ทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งสอดคล้องกับแผน SAP A+ และ service plan

คำสำคัญ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ความสามารถเชิงปฏิบัติ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Ageing Society) และมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Foundation of Thai Gerontology Research and Mental institute, 2023) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งข้อมูลผู้สูงอายุจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566 พบจำนวนประชากรไทยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน 65,061,190 คน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 % ในจังหวัดตราดมีประชากรทั้งหมด 227,052 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 46,057 คน คิดเป็นร้อยละ 21.18 % (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566) ซึ่งมีอัตราส่วนร้อยละมากกว่าผู้สูงอายุของประเทศ

ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จากการเสื่อมถอยทางธรรมชาติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสภาพจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเจ็บป่วยจากภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันไปเป็นภาวะเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย อาทิเช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ปอดอักเสบ พัลลิตกหกกล้ม (สุภาวดี อติศัยศักดิ์ดา, สาวินิ ชาญสินธพ, พัชราวดี ทองเนื่อง, ฟาอิส วาเลาะและกฤตธนา อติศัยศักดิ์ดา, 2566) การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มี การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ การจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุยังไม่มีความชัดเจน ทั้งในด้านการแบ่งระดับความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ การดูแลส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ เน้นการดูแลตามอาการและการฟื้นฟูสภาพ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ ในระหว่างรับการรักษาที่โรงพยาบาล ให้ได้รับบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ (งามเนตร เอี่ยมนาคะ, 2565) ทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การฟื้นฟูสภาพ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก เป้าหมายของการพยาบาลผู้สูงอายุ คือ จะต้องให้ผู้สูงอายุรู้ เข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแล และพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) เป็นวิธีการดูแลที่พัฒนาเทคนิคการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะอาศัยพื้นฐานของการดูแลที่เน้นความเข้าใจถึงความต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความผาสุกในชีวิต ผ่านเทคนิคการดูแลที่ใช้องค์ประกอบ 4 อย่าง ได้แก่ 1) การสบตา (Eye contact) เป็นการสื่อสารที่มองด้วยความรัก มีสายตาอ่อนโยน 2) การพูด (Speech) เป็นการพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน อ่อนหวาน 3) การสัมผัส (Touch) เป็นการสื่อสารทางกายด้วยการสัมผัสอย่างอ่อนโยนและ 4) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Vertical) โดยให้ผู้สูงอายุลุกนั่ง ในแนวตรง เพื่อสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (อิฟส์ ฌีเนสเตอ, โรเซตต์ มาเรสก็อตติ, และ ฮนตะ มิวะโกะ, 2563) แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุง่ายขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือ (Kobayashi & Honda, 2021) ดังนั้นหากมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลทั้งบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ได้เรียนรู้และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีความรู้ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงให้ความร่วมมือในการดูแล หรือมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม จะช่วยลดภาระงานขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปบ้านได้



โรงพยาบาลตราด เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะพัฒนาระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางสุขภาพ ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ มิติสังคม มิติเศรษฐกิจด้วย แผนนโยบาย “สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย” โดยยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตาย ยกกระดับความมั่นคงทางสุขภาพสู่องค์กรสมรรถนะสูง มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาภายในองค์กรพบว่า 1) ระบบบริการผู้สูงอายุโรงพยาบาลตราด ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 2) โรคที่เข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุเป็นแผนกอายุรกรรม 3) พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีพยาบาลจบเฉพาะทางเรื่องนี้เพียง 4 คน 4) จังหวัดตราดมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.18 % มากกว่าของประเทศร้อยละ 20.08 5) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่ต้องใช้เวลาอนพักฟื้นเป็นเวลานาน LOS ปีพ.ศ. 2564- 2566 เท่ากับ 5.18, 8.09 และ 6.37 ตามลำดับ (รายงานตัวชี้วัดแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลตราด, 2566) 6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ขาดความรู้ และทักษะ 7) ยังไม่มีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นเพื่อช่วยพัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูด มาดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราดขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้คุณภาพ ตอบสนองปัญหาสังคมผู้สูงอายุในระดับกระทรวงและระดับประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตราด
2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

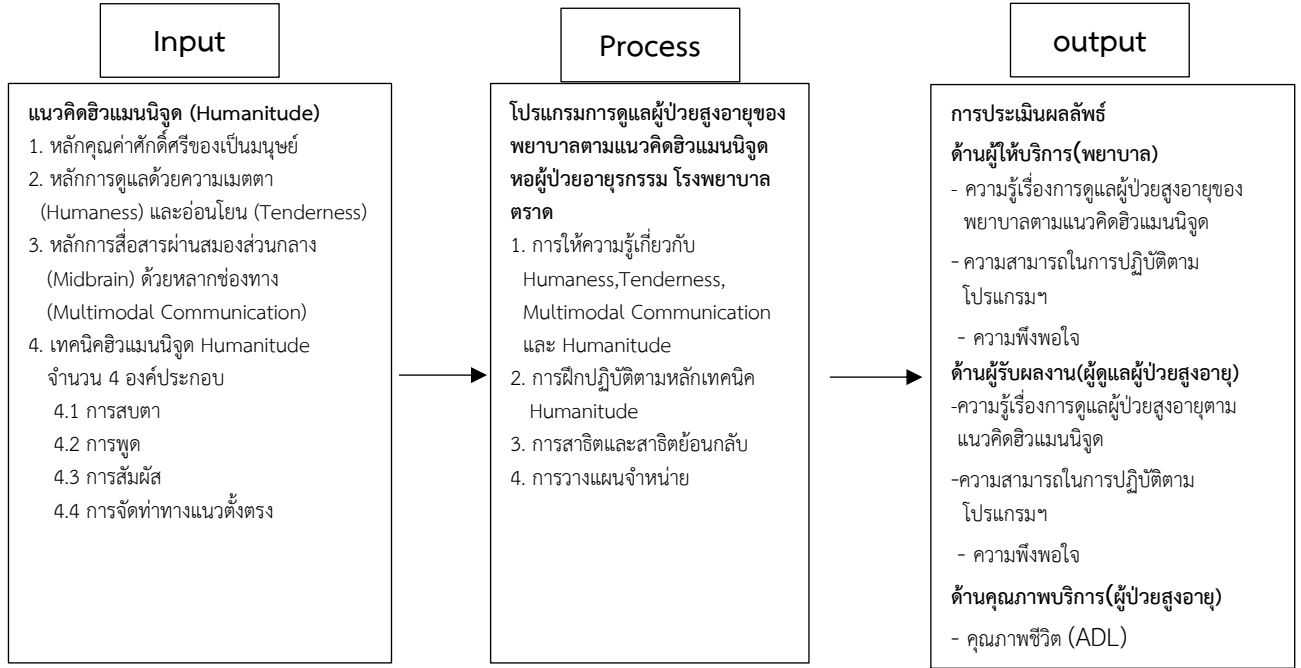
1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้มากขึ้นภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถและความพึงพอใจสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายภายหลังใช้โปรแกรมฯ
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้มากขึ้นภายหลังใช้โปรแกรมฯ
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถและความพึงพอใจสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายภายหลังใช้โปรแกรมฯ
5. ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้น ภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้เทคนิคการดูแลของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยอาศัยพื้นฐานการดูแลที่เน้นความเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ นุ่มนวล อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยใช้เทคนิค การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางแนวตั้งตรง จะช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ และส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ (อีฟส์ ฌีเนสเตอ,โรเซตต์ มาเรสก็อติและฮนดะ มิวะโกะ, 2563)



ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและสร้างกรอบแนวคิดโดยใช้หลัก System thinking : Input Process และ Output ดังนี้



อ้างอิง : แนวคิด Humanitude : ฮิวแมนนิจูด ของ Yves Gineste and Rosette Marescotti Marescotti, 1982
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อสร้างและศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2567 มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาหากต้องการ และเก็บข้อมูลหลังได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

1.1 พยาบาล : ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแผนกสามัญอายุรกรรมที่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดจำนวน 112 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 คน ที่ปฏิบัติงานอยู่ 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 3 อายุรกรรมหญิง 1 อายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ : ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าผู้ป่วย 34 คน

1.3 ผู้ป่วยสูงอายุ: ประชากรเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการชนิดค้างคืนแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลตราด เฉลี่ยเดือนละ 375 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติ paired t- test ที่ระดับนัยสำคัญ



(ค่า α เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.5 (จากการทบทวนวรรณกรรม) คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน (คำนวณโปรแกรม G Power Version 3.1.9.7)

2. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ

เกณฑ์คัดเข้าของพยาบาล

1. เข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดจนสิ้นสุด
2. ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป
3. ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 6 ชั่วโมงและฝึกภาคปฏิบัติ 6 ชั่วโมง

เกณฑ์คัดเข้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

1. มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ โดยเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เช่น คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง
2. เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน อ่านเขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อสารให้เข้าใจด้วยภาษาไทย

เกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วยสูงอายุ

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการชนิดค้างคืน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1, อายุรกรรมชาย 3, อายุรกรรมหญิง 1, อายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด
2. ประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ (Bathel ADL Index) อยู่ในระดับ 2-3 (มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน)
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

3. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เกณฑ์คัดออกของพยาบาล

มีภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยต่อได้

เกณฑ์คัดออกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

1. มีภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยต่อได้
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์คัดออกของผู้ป่วยสูงอายุ

1. มีอาการรุนแรงขึ้นเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าการทำ Intervention มีผลต่อแผนการรักษา
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด
4. เสียชีวิต

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ.2567 รวม 3 เดือน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด ผู้วิจัยได้นำแนวคิดฮิวแมนนิจูดของอีฟส์ ฌีเนสเตอ ซึ่งอาศัยพื้นฐานของการดูแลที่เน้นความเข้าใจถึงความต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติแก่พยาบาล และ ผู้ดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว อาชีพ และคะแนนความสามารถเชิงปฏิบัติ (Bathel ADL Index)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ประเมินความรู้ ความเข้าใจของพยาบาล มีจำนวน 20 ข้อ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีจำนวน 12 ข้อ คำตอบมีให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ไม่ถูก และไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 ตอบไม่ถูกหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom (Bloom, 1971) ดังนี้

การแปลผลของพยาบาล

คะแนน <12	คะแนน (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	หมายถึง มีความรู้ต่ำ
คะแนน 12 - 15	คะแนน (คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79)	หมายถึง มีความรู้ปานกลาง
คะแนน 16	คะแนนขึ้นไป (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	หมายถึง มีความรู้มาก

การแปลผลของผู้ดูแล

คะแนน <4	คะแนน (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	หมายถึง มีความรู้ต่ำ
คะแนน 5 - 8	คะแนน (คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79)	หมายถึง มีความรู้ปานกลาง
คะแนน 9	คะแนนขึ้นไป (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	หมายถึง มีความรู้มาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ สำหรับพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เป็นชนิดเลือกตอบ (Likert, 1967) มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติตามเลย
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง (1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์)
3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติปานกลาง (3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์)
4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 ครั้ง/สัปดาห์)
5 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติสม่ำเสมอ (ปฏิบัติทุกวัน)

การแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ แบ่งตามเกณฑ์ Best (Best, 1977) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความสามารถการปฏิบัติมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง	ระดับความสามารถการปฏิบัติมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง	ระดับความสามารถการปฏิบัติปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง	ระดับความสามารถการปฏิบัติน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง	ระดับความสามารถการปฏิบัติที่น้อยที่สุด



ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมฯสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นชนิด ลิเกิร์ต (Likert, 1967) จำนวน 10 ข้อ เป็นชนิดเลือกตอบ มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
2 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
5 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ แบ่งตามเกณฑ์ Best (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) อ้างถึงใน ฝ่องพรรณ อรุณแสง (2551) เป็นการวัดกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความต้องการพึ่งพา independence แบ่งระดับความรุนแรงของ BAI ดังนี้

ระดับ 1 คะแนน 0 - 4	ต้องการพึ่งพาทั้งหมด
ระดับ 2 คะแนน 5 - 8	ต้องการพึ่งพาค่อนข้างมาก
ระดับ 3 คะแนน 9 - 11	ต้องการพึ่งพاپานกลาง
ระดับ 4 คะแนน 12 - 15	ต้องการพึ่งพาล็กน้อย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการ เอกสารรับรองเลขที่ 5/2567 วันที่รับรอง 14 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ก่อนดำเนินการวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือการถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายข้อมูลเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเรียบร้อยแล้ว ตามข้อกำหนดของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2564 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางอายุรกรรม ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความถามกับวัตถุประสงค์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษา ตรวจสอบด้านการใช้ภาษา



พิจารณาให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และใช้ภาษาได้อย่างเหมาะสม

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และใช้ภาษาได้อย่างเหมาะสม

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหา ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และใช้ภาษาไม่เหมาะสม

จากนั้นนำคะแนนผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ โดยใช้สูตร

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ $\text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$ แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์
 แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
 แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.67 เป็นต้นไป (นิรัช สุตสังข์, 2559)

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขภาษาและเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลอง (Try out) กับพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 20 คน แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ใช้วิธี คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) และแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด และแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach 's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.8 (Polit, D.F., Beck, C.T.& Hungler, B.P., 2001:296-297)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย จะให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. เมื่อดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
4. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด โดยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และทำลายทิ้งเมื่อครบ 1 ปี
5. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น



การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์

- เปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของพยาบาลและ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ก่อน - หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t - test

- ความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้สถิติ one Sample t – Test

- เปรียบเทียบความสามารถเชิงปฏิบัติ (Bathel ADL Index) ของผู้ป่วยสูงอายุ ก่อน- หลังใช้ โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ One Way ANOVA (ทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ kolmogorov - smirnov test : Normal Distribution)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 มีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องหลักการพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดแก่พยาบาล 6 ชั่วโมง 2) ฝึกปฏิบัติแก่พยาบาล 6 ชั่วโมง 3-5) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 3 ชั่วโมงและฝึกภาคปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งหรือจนกว่าจะปฏิบัติได้ ทบทวนการดูแลก่อนกลับบ้าน 6-9) ติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และ 10) สรุปผล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด

โปรแกรม	เนื้อหาที่สอน	เวลา
กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้โดยการบรรยายแก่พยาบาล และฝึกปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้โปรแกรมฮิวแมนนิจูด	แนวคิดและเทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ฝึกปฏิบัติเทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด	1 วัน (6 ชั่วโมง)
กิจกรรมครั้งที่ 2 ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด สำหรับพยาบาล	กิจกรรมฝึกปฏิบัติเทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 4 ประการ ทบทวนกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย	1 วัน (6 ชั่วโมง)
กิจกรรมครั้งที่ 3 พยาบาลสอนผู้ดูแลเรื่องการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด และฝึกภาคปฏิบัติ	ให้ความรู้เรื่องหลักการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดแก่ผู้ดูแลและฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 4 ประการ ทบทวนกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย	3 ชั่วโมง
กิจกรรมครั้งที่ 4 ติดตามและฝึกเทคนิคอย่างต่อเนื่อง	พยาบาลตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ประเมินการใช้เทคนิคการดูแลของผู้ดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแลเป็นระยะๆ	45-60 นาที
กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรม ทบทวนการดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดก่อนกลับบ้าน	ประเมินผลของการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลให้ ผู้ดูแลได้ทราบ ให้กำลังใจ ชื่นชมและกระตุ้นให้ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นการฝึกทักษะให้ชำนาญ นัดหมายการพบกันครั้งต่อไป	45-60 นาที
กิจกรรมครั้งที่ 6- 9 กิจกรรม ทบทวนการดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด	- กิจกรรมติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นการ พุดคุย สอบถาม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง และซักถามข้อสงสัย	30-45 นาที
กิจกรรมครั้งที่ 10 กิจกรรมสรุปและประเมินผลการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด	สรุปผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของ พยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลตราดฮิวแมนนิจูด	1 วัน



ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 5 หอ หอละ 3 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 37 ปี คิดเป็นร้อยละ 40

2.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 34 คน เป็นเพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 เพศหญิง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 อายุอยู่ในช่วง 22-58 ปี อายุเฉลี่ย 36.59 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยม/ปวส./ ปวช. จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 50 จบชั้นปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาไม่มีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5 รับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 รองลงมาเพียงพอเหลือเก็บ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4

2.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 34 คน เป็นเพศชาย 18 คน คิดเป็นร้อยละ 53 เพศหญิง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 47 อายุอยู่ในช่วง 61-105 ปี อายุเฉลี่ย 77.26 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยม/ปวส./ ปวช. จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.3 ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาไม่มีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6

ส่วนที่ 3 ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลตราด

3.1 ด้านผู้ให้บริการ คือ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแผนกสามัญอายุรกรรมที่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด จากการศึกษา

3.1.1 ความรู้ของพยาบาล พบว่า ความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.06 และความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 14.80 การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.439, p\text{-value} = .000$) ดังแสดงใน ตารางที่ 2 ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=15)

ความรู้ของพยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	11.06	4.84	น้อย	14	5.439	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.80	3.12	ปานกลาง			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1.2 ความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจของพยาบาล พบว่า มีความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19, SD = 0.17$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.29, SD = 0.34$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายในระดับมาก = 3.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 14.679, p\text{-value} = .000$ และ $t = 8.346, p\text{-value} = .000$)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแบ่งระดับ ความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจของพยาบาล หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (N=15)



ด้านผู้ให้บริการ พยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ	ค่าเกณฑ์ เป้าหมาย	t	p-value
ความสามารถ	4.19	0.17	มาก	3.51	14.679	.000
ความพึงพอใจ	4.29	0.34	มาก	3.51	8.346	.000

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ด้านผู้รับผลงาน คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือทางเครือญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ และได้ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเป็นประจำหรือมากที่สุด

3.2.1 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.02 และความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 10.64 การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หลังการใช้โปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 6.262$, $p\text{-value} = .000$) ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแบ่งระดับ ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดอิรวแมนนิจูด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=34)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.02	3.03	ปานกลาง	33	6.262	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10.64	2.28	มาก			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า มีความสามารถในการปฏิบัติเชิงปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.16$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.28$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการปฏิบัติกรพยาบาล และความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเป้าหมายในระดับมาก = 3.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 22.13$, $p\text{-value} = .000$ และ $t = 8.346$, $p\text{-value} = .000$) ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแบ่งระดับ ความสามารถและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบกับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (N=34)

ด้านผู้รับผลงาน ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับ	ค่าเกณฑ์ เป้าหมาย	t	p-value
ความสามารถ	4.11	0.17	มาก	3.51	22.13	.000
ความพึงพอใจ	4.50	0.28	มาก	3.51	8.346	.000

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ด้านคุณภาพบริการ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

3.3.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ พบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ (ADL) เพิ่มขึ้นภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 หลังนอนพักในโรงพยาบาล 1 วัน ($\bar{X} = 7.68$, $SD = 1.646$) ครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ($\bar{X} = 12.03$, $SD = 3.196$) และครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 14.35$, $SD = 3.684$)



ดังแสดงใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ (ADL) ของผู้ป่วยสูงอายุ ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 3 ครั้ง (N=34)

ตัวแปร N= 34	\bar{X}	SD
ADL 1	7.68	1.646
ADL 2	12.03	3.196
ADL 3	14.35	3.684

จากตารางที่ 6 เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ (ADL) ของผู้ป่วยสูงอายุ ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้ง 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F= 44.231, p-value =.000) ดังแสดงใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 วิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ (ADL) ของผู้ป่วยสูงอายุ ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้ง 3 ครั้ง (N=34)

ADL	Sum of squares	df	Mean square	F	sig
Between groups	781.118	2	390.559	44.231	.000
Within groups	874.176	99	8.830		
Total	1655.294	101			

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อสร้างและศึกษาผล การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล ตราด ทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึง มิถุนายน 2567 รวม 6 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ (ADL) เพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลและความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด

แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เป็นเทคนิคการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยอาศัยพื้นฐานการดูแลที่เน้นความ เข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดที่ต้องการการดูแลด้วยความรัก ซึ่งในแนวคิดฮิวแมนนิจูดจะ คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ตลอดเวลาในการดูแลคนหนึ่งคน (อีฟส์ ฌีเนสเตอ, โรเซตต์ มาเรสก็อตติและฮนตะ มิ วะโกะ, 2563) สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแล คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับอีกฝ่ายผ่านการดูแลด้วยความ อ่อนโยน และการไม่ช่วงชิงเอาความสามารถของบุคคลนั้นไปในสิ่งที่เขาเคยทำได้มาก่อน เช่น หากผู้ป่วย สามารถยืนได้นานกว่า 40 วินาที ควรเช็ดตัวโดยให้ผู้ป่วยจับราวกันเตียงไว้ เมื่อยืนจนเหนื่อยจึงให้ผู้ป่วยนั่ง ถ้า เช็ดตัวผู้ป่วยขณะนอนไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการยืน เท่ากับว่าเราได้ช่วงชิงเอา ความสามารถของผู้ป่วยไปเทคนิคการสื่อสารตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ 1. การสบตา (Eye contact) เพื่อสื่อสารบอกให้อีกฝ่ายรู้ว่า ฉันอยู่ตรงนี้ ซึ่งเราต้องเข้าหาจากทาง ด้านหน้า ระยะใกล้ๆ ในแนวราบเป็นเวลานาน ตลอดระยะเวลาที่ทำการกิจกรรม เพื่อดึงดูดสายตาของอีกฝ่ายหนึ่ง ให้ได้ เป็นการสื่อสารไปยังอีกฝ่ายหนึ่งว่าเราจริงใจกับเขา โดยทั่วไประยะห่างจะมีขนาดเท่าความยาวแขน 2.



การพูด (speech) ใช้โทนเสียงต่ำ นุ่มนวล จังหวะในการพูดไม่ช้าหรือเร็วเกินไป พูดด้วยความใจเย็น อ่อนโยน ใช้ถ้อยคำเชิงบวก ไม่หยุดพูดกลางคัน และพูดคุยกตลอดการทำกิจกรรม 3. การสัมผัส (touch) วางมือลงไป บริเวณที่จะสัมผัสด้วยความนุ่มนวล ไม่จับลักษณะเหมือนการจับกุม ควรประคองขึ้นมาจากทางด้านล่างโดยให้ พื้นที่สัมผัสมีบริเวณกว้างที่สุดเท่าที่ทำได้ จะช่วยลดแรงกดไปยังบริเวณที่สัมผัสได้ การจับกุมจะทำให้รู้สึกถึงการบังคับและความกังวล 4. การจัดทำในแนวตั้งตรง (verticality) เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ยืน เดิน นั่ง หรือจัดทำให้อยู่ในแนวศีรษะตรงตามความสามารถของผู้สูงอายุ ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและช่วย กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ

โปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมน นิจุด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด ประกอบด้วย 10 กิจกรรม 1) การให้ความรู้โดยการบรรยายแก่ พยาบาล และฝึกปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้โปรแกรมฮิวแมนนิจุด 2) ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคการดูแล ตามแนวคิดฮิวแมนนิจุด สำหรับพยาบาล 3-4) พยาบาลสอนผู้ดูแลเรื่องการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจุด และ ฝึกภาคปฏิบัติ ติดตามและฝึกเทคนิคอย่างต่อเนื่อง 5) กิจกรรมทบทวนการดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลตาม แนวคิดฮิวแมนนิจุดก่อนกลับบ้าน โดยมีการให้กำลังใจ ชื่นชมและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นการฝึก ทักษะให้ชำนาญ 6 - 9) กิจกรรม ทบทวนการดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจุดก่อนกลับบ้าน กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุก่อนกลับบ้าน กิจกรรมติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นการพูดคุย สอบถาม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และซักถามข้อสงสัย 10) กิจกรรมสรุปและ ประเมินผลการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้เทคนิคการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจุด โดย 1) ให้ความรู้เรื่อง หลักการพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจุดแก่พยาบาล 6 ชั่วโมงและฝึกปฏิบัติ 3 ชั่วโมง 2) การให้ความรู้แก่ ผู้ดูแล 3 ชั่วโมงและฝึกภาคปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งหรือจนกว่าจะปฏิบัติได้ ประเมินภายหลังได้เข้าร่วม โปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ห่างกัน 4 สัปดาห์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ การศึกษาของ เกศินี วุฒิวงศ์ และ พิรณช ลาเซอร์ (2566) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ แนวคิดฮิวแมนนิจุดเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลที่บ้านและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็น แนวทางการดูแลที่ได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจุด

หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด ทั้งด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับผลงาน และด้านคุณภาพบริการ

2.1 ด้านผู้ให้บริการ: พยาบาล

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลตาม แนวคิดฮิวแมนนิจุด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 11.06 ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 14.80 โดยค่าเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.439$, $p\text{-value} .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวลัย จันทร แจ้ง และคณะ (2566) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลของ พยาบาลจบใหม่โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ในพยาบาลจบใหม่ จำนวน 31 คน และพยาบาลประจำหอ ผู้ป่วยจำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมความพร้อมของพยาบาลจบใหม่ โดยการให้ความรู้และการ ฝึกปฏิบัติ ทำให้พยาบาลจบใหม่มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและต่อผู้ป่วยเกิดความ พึงพอใจ ปลอดภัย และเป็นการเพิ่มคุณภาพการบริการ ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิด ฮิวแมนนิจุด โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยผ่านการดูแลด้วยความอ่อนโยน และการไม่ช่วงชิงเอา ความสามารถของบุคคลนั้นไปในเรื่องที่เขาเคยทำได้มาก่อน เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการ



ดูแลผู้ป่วยอีกด้วย กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลมีความต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.19, SD = 0.17) และความพึงพอใจของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.29, SD = 0.34) พบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเป้าหมายในระดับมาก = 3.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประกายรุ่ง ต้นทัพไทย และชนิษฐา วรธงชัย (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนงานต่อการใช้นวัตกรรมปฏิบัติและลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับ Kobayashi & Honda (2021) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และพัฒนาทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลมากขึ้น

2.2 ด้านผู้รับผลงาน: ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 8.02 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 10.64 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 6.262$, $p\text{-value} = .000$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ พันธุ์ประทุม (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษา พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า มีความสามารถในการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.11, SD = 0.16) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.50, SD = 0.28) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเป้าหมายในระดับมาก = 3.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 22.13$, $p\text{-value} = .000$ และ $t = 8.346$, $p\text{-value} = .000$) สอดคล้องกับวรรณภา อินต๊ะราชา (2565) ที่ศึกษาผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงในเขตสุขภาพที่ 10 กรมอนามัย ที่ศึกษาระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (ความสามารถ) หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องด้วยแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลตราด มีผู้ป่วยจำนวนมาก ภาระงานมาก การที่พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้องเกิดความมั่นใจในงานที่ทำ สามารถสอนญาติผู้ดูแลในการช่วยดูแลผู้ป่วยได้ ช่วยลดภาระงาน และเกิดความพึงพอใจในการทำงานได้



ด้านคุณภาพบริการ: ผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการใช้โปรแกรมฯ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ (ADL) เพิ่มขึ้น ภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 หลังนอนพักในโรงพยาบาล 1 วัน ครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธัญนันท์ พุฒิวิวัฒน์ราตล (2560) ได้ศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างต่อเนื่องหลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 และสอดคล้องกับงานวิจัยของอินทริา ภูสง่า, รัตนา มั่นคง และ อุไรรักษ์ ผาษา (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วย การดูแล 2 ระยะ คือ (1) ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล วางแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สอนเรื่องการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (2) ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบสูงกว่าก่อนได้รับดูแลตามรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าเมื่อบุคลากรมีความรู้ จะสามารถสอนและสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ อีกทั้งยังช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับครอบครัวได้อีกทางหนึ่งด้วย และที่สำคัญ คือความต่อเนื่องของกิจกรรมที่ปฏิบัติ ควรปฏิบัติด้วยความต่อเนื่อง มีการตรวจเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ ให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาของผู้ดูแลเพื่อรักษาสมดุลในครอบครัวให้ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการสนับสนุนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด
2. ควรมีการขยายโปรแกรมฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วยแผนกอื่น และ Home Ward เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของรพ.ตราด และลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
3. ควรมีการติดตามประเมินผล เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการใช้เทคนิคสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง

การนำผลงานวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในการสอนทักษะสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
2. การขยายโปรแกรมฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วยแผนกอื่น และ Home Ward รวมทั้งนอกเขตสุขภาพที่ 6
3. ใช้เป็นต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างโปรแกรมพัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาลประจำการในแผนกต่างๆ
4. เป็นต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของรพ.ตราดต่อไปในอนาคตรองรับ SAP A+ สอดคล้องกับ service plan แผนงานที่ 1 การพัฒนาชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย และลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ



เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย. (2566). *จำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทยจำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2566*.

เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2566 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2
เกศินี วุฒิวงศ์ และพีรณัฐ ลาเซอร์. (2566). การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านสำหรับญาติผู้ดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 24(47), 100-110.
งามเนตร เอี่ยมนาคะ. (2565). มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 124-132.

จารุวรรณ พันธุ์ประทุม. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 6(1), มกราคม-มิถุนายน 2566.

นิรัช สุตสังข์. (2559). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการออกแบบ*. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.

ประกายรุ่ง ต้นทัพไทย และชนิษฐา วรธงชัย. (2563). ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนงานต่อการใช้แนวปฏิบัติและลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), มกราคม-มีนาคม.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุ : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ธันยรัตน์ พุฒิวัดฒธราดล และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารทหารบก*, 19(พิเศษ), 241-249.

ลดาวัลย์ จันท์แจ้, อันธิกา คระระวานิช, ณีฎฐกุล หนูจักร และดาวรุ่ง ศิริพันธ์. (25-27, มิถุนายน 2567). *การพัฒนาโปรแกรม สร้างความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โรงพยาบาลตราด*. ใน การประชุมเชิงปฏิบัติการรางวัลศรีสังวาลย์ผลงานดีเด่น วิชาการเด่น สมคุณค่าพยาบาลไทย ครั้งที่ 7, โรงแรมเซ็นทารา ไทฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ.

รายงานตัวชี้วัดแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลตราด. (2566). *ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นอนพักในโรงพยาบาลตราด เขตอำเภอเมือง*. โรงพยาบาลตราด.

วรรณภา อินต๊ะราชา. (2565). ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงในเขตสุขภาพที่ 10 กรมอนามัย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, (2), กรกฎาคม-ธันวาคม 2565.

สุภาวดี อติชัยศักดิ์, สาวิณี ชาญสินธพ, พัชราวดี ทองเนื่อง, ฟาอิส วาเลาะแต และกฤตธนา อติชัยศักดิ์.

(2567). ประสิทธิภาพของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ต่อความรู้ ความรู้สึกรับรู้เป็นภาระของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนราธิวาส. *วารสาร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 16(1), 95-109.



อินทิรา ภูสง่า, รัตนา มั่นคง, & อุไรรัชต์ ผาษา. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(2), 450-459.

Best, John W. 1977. *Research in Education*^{3rd ed.} Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Bookcompany

Yves Gineste, Rosette Marescotti, & Miwako Honda. (2563). *ชีวแมนนิจูด แนวคิดและเทคนิคใหม่ในการดูแลคนในครอบครัว* (อนงค์ เงินหมื่น, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

Foundation of Thai Gerontology Research and Mental Institute. (2023). *Situation of the Thai elderly*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 137-147.

Kobayashi, M., & Honda, M. (2021). *The effect of a multimodal comprehensive care methodology for family caregivers of people with dementia*. *BMC Geriatrics*, 21(434). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02373-w>.

Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), *Attitude theory and measurement* (pp. 90-95). New York, NY: Wiley & Son.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essential of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.