

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ
จังหวัดขอนแก่น

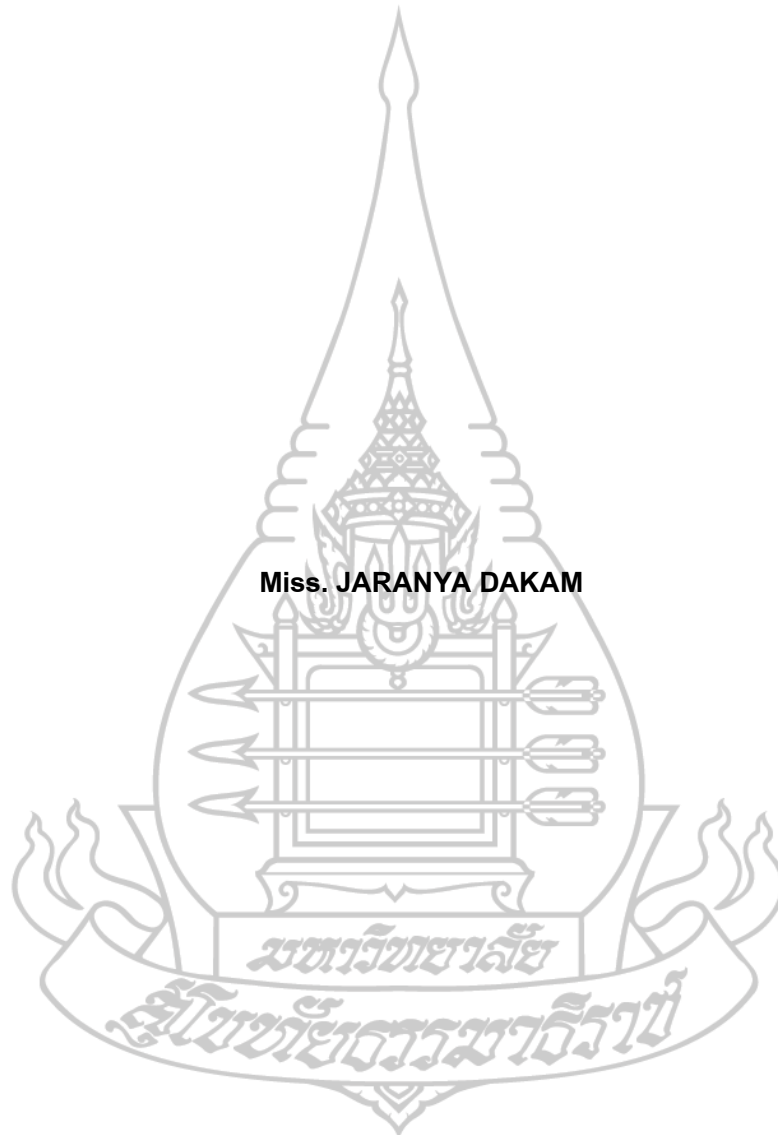


นางสาวจรรยา ดากำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

**Effects of the Empowerment Program in Care Giver on Health literacy
and Caring Behavior for Dependent Older Adults in the community, Nong
Ruea District, Khon Kaen Province.**



Miss. JARANYA DAKAM

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
ชื่อและนามสกุล	นางสาวจริญญา ดาก่ำ
แขนงวิชา / วิชาเอก	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตรีหญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนุช วงศ์สว่าง

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตรีหญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนุช วงศ์สว่าง)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ
 พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
 ผู้วิจัย นางสาวจริญญา ดากำ รหัสนักศึกษา 2645100369
 ปริญญา: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตรีหญิง ดร.นภาพิณ จันทขัมมา (2) ผู้ช่วย
 ศาสตราจารย์ ดร.นงนุช วงศ์สว่าง ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2.) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลโนนทัน คือ กลุ่มทดลอง และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลกุดกว้าง คือกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (1995) ใช้เวลา 12 สัปดาห์ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และ 0.99 ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที่ สถิติ Mann - Whitney U test และ สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแล ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญ .05 2) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแล ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญ .05

คำสำคัญ การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Thesis title: Effects of the Empowerment Program in Care Giver on Health literacy and Caring Behavior for Dependent Older Adults in the community, Nong Ruea District, Khon Kaen Province.

Researcher: Miss. JARANYA DAKAM; ID: 2645100369;

Degree: Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner);

Thesis advisors: (1) Napaphen Jantacumma;(2) Nongnuch Wongsawang ; Academic year: 2023

Abstract

This research is a quasi-experimental study with the following objectives: 1) to compare the health literacy in caregiving for elderly individuals with dependency among caregivers in the experimental group before and after participating in the empowerment program, and between the experimental group and the comparison group after program participation; 2) to compare the caregiving behaviors for elderly individuals with dependency among caregivers in the experimental group before and after participating in the empowerment program, and between the experimental group and the comparison group after program participation.

The sample consisted of caregivers of elderly individuals with dependency in the community who had undergone caregiver training using the Ministry of Public Health's model in Nong Ruea District, Khon Kaen Province. The caregivers of elderly individuals with dependency in Non Tan Sub-district were the experimental group, while those in Kut Kuang Sub-district were the comparison group, with 28 participants in each group. Simple random sampling was employed. The research instruments comprised two sets: 1) experimental tools, which included an empowerment program for caregivers aimed at enhancing health literacy and caregiving behaviors for elderly individuals with dependency in the community, based on Gibson's empowerment concept (1995), conducted over 12 weeks; 2) data collection tools, which included questionnaires assessing health literacy and caregiving skills for elderly individuals with dependency in the community, validated for content by five experts, with content validity indices of 0.93 and 0.99, and reliability coefficients using Cronbach's alpha of 0.98 and 0.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the t-test, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results showed that: 1) after participating in the program, the experimental group had significantly better health literacy and caregiving behaviors for elderly individuals with dependency in the community compared to before the program, with statistical significance at the .05 level; 2) after using the program, health literacy and caregiving behaviors for elderly individuals with dependency in the community were significantly better in the experimental group compared to the comparison group, with statistical significance at the .05 level.

Keywords : Empowerment, Health literacy, Caring Behavior, caregivers

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนุช วงศ์สว่าง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ รวมถึงตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจ จนประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในความกรุณาของท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และตรวจสอบข้อผิดพลาดต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการร่วมวิจัยครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาผู้ให้กำเนิด ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้ความรัก ความห่วงใยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้านมาโดยตลอด ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัย ทำயที่สุดขอขอบคุณเพื่อน ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือและให้กำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

นางสาวจริญญา ดาก้า

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	
.....	
.....	ช
สารบัญตาราง (ถ้ามี).....	ฌ
สารบัญรูปภาพ (ถ้ามี).....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
.....	
.....1	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์.....	6
3. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
4. สมมติฐานการวิจัย.....	7
5. ขอบเขตการศึกษา.....	7
6. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
.....	10
1. ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	10
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment).....	27
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	37
4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัด ขอนแก่น.....	46
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัด ขอนแก่น.....	47

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
.....	
...55	
1. รูปแบบการการวิจัย	55
2. ตัวแปรที่ศึกษา	56
3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	60
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	64
8. จริยธรรมในการวิจัย.....	65
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
.....	
.....66	
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	67
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล	70
3. พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน	74
4. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแล.....	74
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ผู้ดูแล.....	80
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
.....	
.....82	
1. สรุปการวิจัย	82
2. อภิปรายผลการวิจัย	92
3. ข้อเสนอแนะ	96
บรรณานุกรม.....	98
ภาคผนวก.....	103
ประวัติผู้วิจัย.....	104

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 คุณลักษณะของผู้ที่มีความรอบรู้ด้าน
 สุขภาพ.....41

ตารางที่ 2.2 การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในการส่งเสริมความรอบ
 รู้ด้าน
 สุขภาพ.....43

ตารางที่ 3.1 ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ
 (Reliability).....62

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของ
 กลุ่ม
 ตัวอย่าง.....68

ตารางที่ 4.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลกลุ่ม
 ทดลอง และกลุ่ม
 เปรียบเทียบ.....70

ตารางที่ 4.3 ระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลกลุ่ม
 ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบใน
 ภาพรวม.....74

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
 พึ่งพิงของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง
 อำนาจ.....75

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
 พึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วม
 โปรแกรม.....78

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
ผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
.....81

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
ผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
.....81



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2.1 รูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson,1993)...	29



บทที่ 1

บทนำ

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน ในจำนวนดังกล่าวมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14 หรือ 1,082 ล้านคน โดยประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โมร็อกโกร้อยละ 43.68 เซนต์เฮเลนาร์้อยละ 38.20 และญี่ปุ่นร้อยละ 35.84 ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.13 ล้านคน ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือร้อยละ 18.86 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ประเทศไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อปี พ.ศ. 2564 และในอีก 20 ปีข้างหน้า การเติบโตของประชากรไทยจะชะลอตัวลง โดยอัตราการเพิ่มประชากรจะลดต่ำลง ในขณะที่เดียวกันกลุ่มประชากรสูงอายุจะมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ปัจจัยหลักที่ทำให้สัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นได้แก่ การเกิดลดลงและการมีอายุยืนที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความสำเร็จของประเทศไทยในด้านนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว ส่งผลให้อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยียังช่วยยืดอายุขัยของประชากรให้ยาวนานขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานที่จะมีผลกระทบต่อศักยภาพการผลิต นอกจากนี้การเพิ่มประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาในการทำงาน การดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มี

ศักยภาพ ยังไม่มีส่วนร่วมในการทำงานและพัฒนาประเทศเท่าที่ควร (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคเรื้อรัง จิตใจหดหู่ ภาวะซึมเศร้า (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) จากการสำรวจในปี พ.ศ.2564 พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 10.7 และสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 1.7 ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปานกลางและดี คิดเป็น ร้อยละ 41.6 และ 42.7 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมากพบเพียงร้อยละ 3.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้การดำเนินงานด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมศักยภาพของผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญในการปรับใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนี Barthel ADL Index เพื่อจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้การจัดกิจกรรมและการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดเตียงสามารถจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน รวมถึงผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือนอนติดเตียงและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้บริการพยาบาล การสนับสนุนด้านสังคม และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การเตรียมอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการเรื่องขับถ่าย งานบ้าน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและปลอดภัย (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 1.8 และผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 96.9 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากเป็นหนึ่งในกลุ่มที่มีความเปราะบางและความเสี่ยงมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป โดยมีพิจารณาความเปราะบางของผู้สูงอายุจาก 2 มิติหลัก คือ มิติด้านการแพทย์ “ภาวะเปราะบาง” (Frailty) เป็นสภาวะความเสื่อมถอยของระบบสรีรวิทยาในหลาย ๆ ส่วนของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความเสื่อมถอยตามอายุ (Age-related decline) ในกระบวนการชรา (Aging process) ที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามธรรมชาติตลอดช่วงชีวิต และมิติที่สองด้านสังคมและเศรษฐกิจ ที่ใช้แนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำ (Inequality) และความด้อยโอกาสภายใต้สังคมเหลื่อมล้ำเป็นกรอบในการพิจารณาปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความเปราะบาง คือ การขาดโอกาสและการเข้าถึงทรัพยากรเป็นสำคัญ (วรเวศม์ สุวรรณ

ระดา และคณะ, 2565) ดังนั้น จึงต้องมีการจัดกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลระยะยาว ตลอดจนการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำเป็นต้องทราบและเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และอาจต้องอาศัยการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) (มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ, 2566)

สถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 351,512 คน ร้อยละ 19.74 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) อำเภอหนองเรือมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 16,184 คน คิดเป็นร้อยละ 25.21 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า อำเภอหนองเรือเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2565 ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่นมีผู้สูงอายุจำนวน 1,956 คน ร้อยละ 26.79 ของประชากรทั้งตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2566) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 4.19 ของประชากรผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นการดำเนินงานภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) โดยองค์การบริหารส่วนตำบลโนนทันมีการให้บริการผ่านทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัว และโรงพยาบาลหนองเรือ มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Management) จำนวน 4 คน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30 คน ซึ่งผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง) โดยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนถูกทอดทิ้ง/ขาดผู้ดูแลร้อยละ 8.53 ผู้สูงอายุมีปัญหาทุพโภชนาการ/ขาดสารอาหารร้อยละ 6.09 ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีแผลกดทับร้อยละ 7.31 ผู้สูงอายุมีภาวะข้อยึดติดร้อยละ 9.75, ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 7.31 ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคี้ยวและกลืนอาหารร้อยละ 6.09 ผู้สูงอายุมีปัญหา/มีประวัติหกล้มร้อยละ 4.87 และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวร้อยละ 12.19 ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด โดยปัญหาหลักที่พบบ่อย คือ ผู้ดูแลบางคนอาจขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น การจัดการกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือ

ล่าช้า นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง เนื่องจาก การกระจายของแหล่งข้อมูล หรือการแพร่หลายของข้อมูลที่ไม่เป็นทางการ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน, 2565)

บทบาทของผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยศักยภาพในการทำงานภายในชุมชนเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์และการฝึกอบรมที่ได้รับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดฝึกอบรมเพิ่มเติมหรือการทบทวนความรู้เป็นระยะจะช่วยเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ชัดเจนขึ้น รวมถึงสามารถออกแบบการบริการ วิเคราะห์กลุ่มผู้สูงอายุ และจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุควรดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ และส่งเสริมความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรปรับปรุงหลักสูตรเพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมต่อความต้องการที่ของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงเวลา (ภาสกร สอนเรือง และคณะ, 2561) การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านต่าง ๆ ทั้งด้านองค์ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่ส่งผลต่อสุขภาพ ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง สามารถเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจ และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น จากในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจเลือกทางออกช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้จากการร่วมกันคิดร่วมกันตัดสินใจหาทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลมีการพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเอง การตระหนักถึงความสามารถของตน และพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้น โดยในโปรแกรมมีใช้กระบวนการสะท้อนคิดอย่างมีเหตุผลควบคู่กับการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทั้งสองฝ่ายได้ร่วมกันวางแผนและดำเนินการดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์เฉพาะของตนเอง และมีประสิทธิภาพและความเหมาะสมสำหรับการประยุกต์ใช้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลอย่างยั่งยืน (น้ำทิพย์ ยิ้มยิ้ม และยุวดี รอดจากภัย, 2560) และการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้พลังอำนาจขึ้น และการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้น

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการฝึกฝนทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการสถานการณ์ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีความสามารถในการให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนถือเป็นเรื่องสำคัญ จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านการอบรมหลักสูตร "CG เชี่ยวชาญ" สำหรับผู้ดูแลในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตและดัชนีความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ประเสริฐ สาวิรัมย์, 2565)

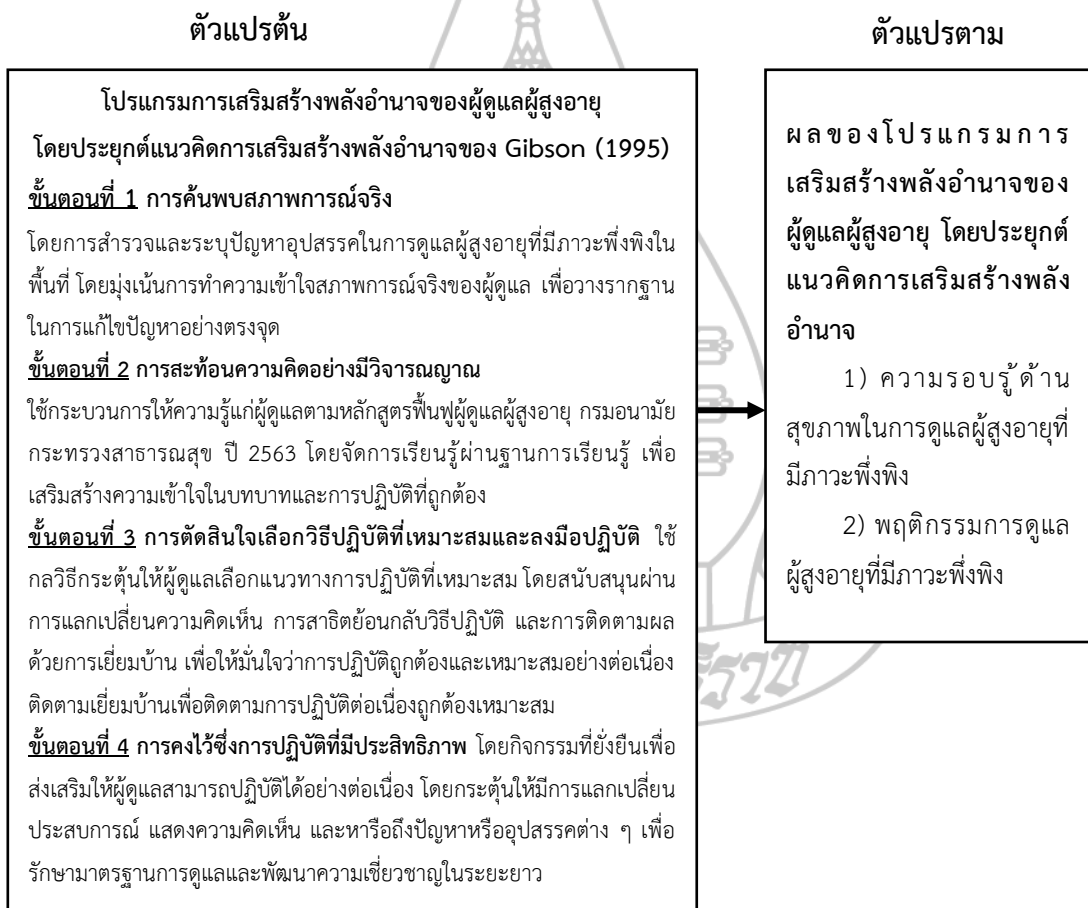
จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีอัตราการตาย การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำ (Osborne et al., 2013) ดังนั้น การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (เชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ, 2564) ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเกิดประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังไม่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอหนองเรือ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยพัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1993) ซึ่งมีกิจกรรมที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล โดยเน้นตั้งศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ดูแลออกมาเพื่อช่วยแก้ปัญหาและเสริมทักษะในการตัดสินใจ การดำเนินงานดังกล่าวช่วยเพิ่มพลัง ความมั่นใจ และกำลังใจให้แก่ผู้ดูแล อีกทั้งยังส่งเสริมความสุขและความอิสระในการตัดสินใจ ทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4.สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ดีวก่อนเข้ารับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดีวก่อนเข้ารับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

5.ขอบเขตการศึกษา

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ออกแบบเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับปรุงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2 ประชากร ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

5.3 ขอบเขตด้านสถานที่และระยะเวลาที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือน พฤษภาคม 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

6.นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง มีคะแนนประเมิน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน)

2. **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมผ่านหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยใช้

มาตรฐานการฝึกอบรมของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า และกำหนดระยะเวลาอบรมไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ พร้อมทั้งมีทักษะในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตั้งคำถามที่เหมาะสม และการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้วัดจาก แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูง หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี คะแนนต่ำ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) ด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ด้านทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) ด้านทักษะในการจัดการตนเอง (Self-management skill) ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

4. พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมและการดูแลที่ผู้ดูแลมอบให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้คำแนะนำผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลประจำบ้าน เกี่ยวกับการใช้ยา อาหาร การออกกำลังกาย และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ด้านการให้หัตถการดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการวัดความดัน การเจาะเลือดปลายนิ้ว การให้อาหารทางสายยาง และการล้างแผลการดูแลแผลกดทับ ด้านการฟื้นฟูสภาพ เกี่ยวกับ การนวด การช่วยทำกายภาพบำบัด และด้านการให้กำลังใจ โดยในการศึกษาครั้งนี้วัดจาก แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูงหมายถึง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดี คะแนนต่ำหมายถึง มีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ดี

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริงทำความเข้าใจมูลข่าวสารที่ถูกต้อง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) หมายถึง การทบทวนเหตุการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี

ประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ โดยมีระยะเวลาการดำเนินงาน 12 สัปดาห์

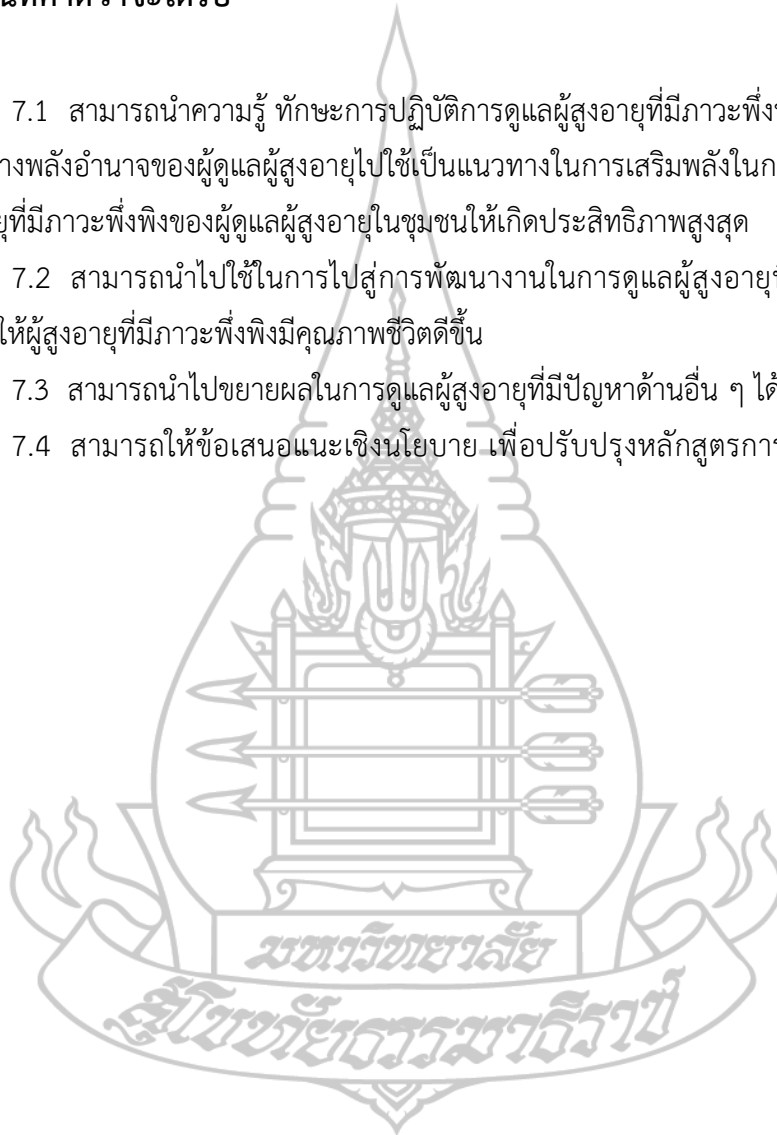
7.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 สามารถนำความรู้ ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมพลังในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

7.2 สามารถนำไปใช้ในการไปสู่การพัฒนางานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

7.3 สามารถนำไปขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านอื่น ๆ ได้ด้วย

7.4 สามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อปรับปรุงหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา หนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
5. บริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1 ผู้สูงอายุ

1.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ คือ “ผู้สูงอายุวัยต้น” (the young old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 - 69 ปี “ผู้สูงอายุวัยกลาง” (the middle old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี “ผู้สูงอายุวัยปลาย” (the oldest old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่มีปัญหาในการเคลื่อนที่ จึงไม่สะดวกที่จะออกนอกบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ และสามารถออกนอกบ้านไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียการได้ยิน ต้อกระจก ข้อผิดพลาดของการหักเหแสง อาการปวดหลังและคอ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นมักจะมีแนวโน้มที่จะประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพหลายอย่างในเวลาเดียวกัน (WHO, 2561) เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เกิดโรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ ซึ่งโรคเรื้อรังที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้เป็นโรคทางกายและโรคทางจิต โรคทางกาย ได้แก่ โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต สำหรับโรคทางจิตที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลจากการสำรวจการตรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.28 โรคเบาหวานร้อยละ 18.1 และโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 22.5 มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 8.1 และอยู่ในภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ร้อยละ 20.7 (วิชัย เอกพลากร, 2557)

ในขณะที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ถือเป็นความท้าทายใหม่ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยรัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ 3S ซึ่งประกอบไปด้วย Strong คือ ส่งเสริมผู้สูงอายุให้แข็งแรง Security คือ ส่งเสริมให้มีการออมและมั่งคั่ง และ Social Participation คือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ 4 แห่ง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข (จารีย์ ปิ่นทองและคณะ, 2561)

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชายซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 2. กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 3. กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

1.1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมวิทยา (ภาณุ อดทกลัน, 2555) มีรายละเอียดดังนี้

1) **ทฤษฎีทางชีววิทยา** เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างร่างกายของมนุษย์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ และทฤษฎีสรีรวิทยา ดังนี้

(1) ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) สามารถอธิบายความสูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมสภาพของร่างกาย ดังนี้

ก. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือ ทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) เชื่อว่าสิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตลอดเวลา ผ่านกลไกที่เกิดขึ้นทั้งในระดับเซลล์และวิวัฒนาการทางพันธุกรรม

ข. ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) หรือ ทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายความสูงอายุว่า สิ่งมีชีวิตถูกกำหนดอายุขัยไว้ล่วงหน้าในรหัสพันธุกรรม (Gene) อายุขัยของสิ่งมีชีวิตจะขึ้นอยู่กับลักษณะพันธุกรรมของบรรพบุรุษ ทั้งนี้ นาฬิกาชีวิตนี้เชื่อว่ามีอยู่ในนิวเคลียสและโปรโตพลาสซึมของเซลล์

ค. ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) การเปลี่ยนแปลงของ DNA อาจเกิดจากการได้รับรังสีเล็กน้อยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในกระบวนการแบ่งเซลล์ (Mutation) และนำไปสู่โรคเรื้อรังหรือมะเร็ง

ง. ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของ Cell (Error Theory) หรือ ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความสูงอายุเกิดจากความผิดพลาดระหว่างกระบวนการถ่ายทอด DNA ของเซลล์ ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างจากต้นกำเนิดเดิม ร่างกายจึงสร้างภูมิคุ้มกันมาต่อต้านเซลล์เหล่านั้น ซึ่งส่งผลให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

ทฤษฎีเหล่านี้ช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการชราและความเสื่อมถอยของสิ่งมีชีวิตในระดับพันธุกรรมและเซลล์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

(2) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความเสื่อมสภาพของร่างกายผ่านกระบวนการและระบบต่าง ๆ ดังนี้

ก. ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ความแก่เกิดจากการใช้งานอวัยวะในร่างกายอย่างต่อเนื่อง อวัยวะที่ใช้งานหนักจะเสื่อมเร็วกว่า อย่างไรก็ตาม อวัยวะที่ไม่ได้ใช้งานบ่อยกลับเสื่อมก่อนในบางกรณี ขณะเดียวกัน เซลล์ที่ทำงานจะผลิตและสะสมสารตกค้าง เช่น Lipofuscin ซึ่งเป็นโปรตีนจากการเผาผลาญอาหาร สารนี้มีลักษณะไม่ละลายน้ำและสะสมมากขึ้นในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ หัวใจ รังไข่ และเซลล์ประสาท เมื่อสะสมถึงระดับหนึ่ง อวัยวะจะทำงานลดลงและเกิดความเสื่อมถอย

ข. ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เชื่อว่าการทำงานของระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การตอบสนองของร่างกายหรือ Reflex ต่างๆ จะช้าลง เกิดความผิดปกติด้านความจำและการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น การเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ค. ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกันจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่างๆ เช่น ในกระดู ต่อมน้ำเหลือง ระบบน้ำเหลือง ตับ และม้ามเสื่อมสภาพ และจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วย ซึ่งโรคที่พบได้บ่อย คือ มะเร็งเบาหวาน หลอดเลือดแดงแข็งตัว ความดันโลหิตสูง ระบบภูมิคุ้มกันที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ T - cell dependent มีหน้าที่ลดลง จึงทำให้เป็นสาเหตุให้มีการเกิดโรคจำพวกมะเร็ง และ โรคในระบบอโตอิมมูน Macrophage มีหน้าที่ในการป้องกันตนเองต่อสู้กับเชื้อโรค จำนวน Macrophage ไม่ได้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น B - cell จำนวนยังคงสูงอยู่แต่การตอบสนองต่อการกระตุ้นของ Antigen ลดลง

(3) ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) ประกอบด้วย

ก. ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้ Cell ตาย บุคคลเมื่อเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น เนื่องจากภาวะเครียดส่งผลให้ร่างกายตอบสนองโดยกระตุ้นให้ต่อม Hypothalamus และต่อม pituitary หลั่ง Adreno corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephrine ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หากเกิดภาวะเครียดเรื้อรังหรือสะสมการทำหน้าที่ของร่างกายอาจเสื่อมลงได้

ข. ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นของเสียจะถูกสะสม ทำให้ cell เสื่อมและตายเพิ่มขึ้น สารที่พบ ได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำไม่ละลายน้ำ เป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotein

ค. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระ (Free Radical substance) เกิดจากกระบวนการออกซิเดชันของ Oxygen ที่ไม่สมบูรณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการเผาผลาญสารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรต หรืออื่นๆ เช่น มลภาวะเป็นพิษ, รังสี, อาหาร, บุหรี่ สารอนุมูลอิสระส่งผลต่อความสูงอายุโดยการทำลายโครงสร้างและหน้าที่ของผนังเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย

ง. ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ (Cross link Theory on cross link of collagen T.) ความสูงอายุเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของคอลลาเจนหรือไฟบริน โดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สาร Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้น และจับตัวกัน ส่งผลให้ collagen Fiber หดตัวและขาดความยืดหยุ่น รวมถึงและจับตัวกันอย่างไม่เป็นระเบียบ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นในระดับ DNA ของ cell โดยสาร cross link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อม

ปัจจุบันเชื่อกันว่าสารเคมีพวก lathyrogens, prednisolone และ penicillamine จะช่วยลดปฏิกิริยาการเกิดสาร Cross link ได้

2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychoanalytic Theory) แบ่งออกเป็น 2 แนวคิดหลักที่สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขและความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านจิตใจและการพัฒนาตนเอง ดังนี้

(1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ความสุขหรือความทุกข์ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตและการพัฒนาทางจิตใจ หากผู้สูงอายุเติบโตมาพร้อมความมั่นคงในชีวิต ได้รับความรัก ความอบอุ่น และมีความสามารถในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น จะมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและสังคมได้อย่างราบรื่น ตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุมีนิสัยไม่ยอมรับหรือช่วยเหลือผู้อื่น ขาดการปรับตัวและมีจิตใจคับแคบ มักจะประสบกับความทุกข์และความโดดเดี่ยว

(2) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความฉลาดหลักแหลมและความเป็นปราชญ์ มักเป็นผู้ที่มีความสนใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง มีการค้นคว้าและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ ลักษณะเช่นนี้มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง ซึ่งช่วยสนับสนุนการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ

3) ทฤษฎีสังคมวิทยา ประกอบด้วย 5 แนวคิดสำคัญที่อธิบายพฤติกรรมและบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม ดังนี้

(1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) แนวคิดนี้มองว่าการปรับตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับบทบาททางสังคมที่บุคคลได้รับในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เช่น บทบาทของพ่อแม่ สามีภรรยา หรือบทบาทในหน้าที่การงาน การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการปฏิบัติบทบาทนั้น ๆ โดยอายุมีบทบาทสำคัญในการกำหนดหน้าที่และความคาดหวังในแต่ละช่วงชีวิต

(2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องจะมีบุคลิกภาพกระฉับกระเฉงและความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น กิจกรรมช่วยลดแทนบทบาททางสังคมที่อาจสูญหายไป เช่น จากการเกษียณอายุหรือการสูญเสียคู่ครอง ตัวอย่างของกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความสุข เช่น งานอดิเรก การเข้าร่วมชมรม หรือการมีส่วนร่วมในกลุ่มสังคม

(3) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่ลดบทบาททางสังคมหรือกิจกรรมต่าง ๆ เป็นผลมาจากการถอนตัวออกจากสถานภาพเดิมตามธรรมชาติของกระบวนการชราภาพ อย่างไรก็ตาม การลดกิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้

(4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุพยายามหาบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมใหม่ ๆ เพื่อทดแทนบทบาทเดิมที่สูญเสียไป โดยยังคงปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่อง

(5) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดบทบาท สิทธิ และหน้าที่ของบุคคล ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงอายุ ตัวอย่างเช่น ความคาดหวังในบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะแตกต่างจากบทบาทในช่วงวัยอื่น

โดยสรุป ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา โดยทฤษฎีทางชีววิทยาเน้นถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทฤษฎีทางจิตวิทยากล่าวถึงบุคลิกภาพและความปรารถนา และทฤษฎีทางสังคมวิทยากล่าวถึงบทบาทและกิจกรรมทางสังคมที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ

1.1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆ ด้าน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุประกอบด้วย ดังนี้ (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วยการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เพิ่มขึ้น จนกระทั่งอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่า การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เริ่มลดน้อยลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อต่างๆ ในแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเกิดการเสื่อมของ อวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบ (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

(1) ผิวหนัง จะแห้ง บางลง เหี่ยวย่น และหลุดลอกได้ง่าย เกิดจากไขมันใต้ผิวหนังลดลงผิวแห้งทำให้เกิดอาการคันตามร่างกาย เมื่อผิวบางลงผู้สูงอายุจะหนาวง่าย และเกิดรอยฟกช้ำหรือเกิดแผลได้ง่าย ดังนั้น ผู้สูงอายุไม่ควรอาบน้ำร้อนหรืออุ่นเวลาที่อากาศหนาวควรเลือกใช้สบู่เด็กหรือมีส่วนผสมของน้ำมันธรรมชาติในการอาบน้ำหรือชำระร่างกายด้วยน้ำธรรมดาที่เพียงพอ หลังอาบน้ำควรทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิว และควรระมัดระวังเรื่องการดึง การขีดถูผิวหนังแรงๆ เพราะอาจทำให้เกิดแผลได้ง่าย และการรับสัมผัสที่ผิวหนังลดลงจะทำให้เสี่ยงต่อ

การเกิดน้ำร้อนลวกได้ง่าย ต่อมาเหงื่อเสียหน้าที่ทำให้ร่างกายระบายความร้อนไม่ดี จึงเกิดลมแดดได้ง่าย เซลล์สร้างเม็ดสีเสียหน้าที่ ทำให้ผิวตกกระหมและขนสีจางลง จนกลายเป็นสีขาว

(2) ผม จะมีสีขาวหรือเรียกว่า ผมหงอก เกิดจากรากผมไม่สร้างเม็ดสี อีกทั้งผมจะบางลงและหลุดร่วงง่าย ดังนั้นควรให้ผู้สูงอายุใช้แชมพูชนิดอ่อน เช่น แชมพูสำหรับเด็ก ตัดผมสั้นอยู่เสมอเพื่อดูแลและทำความสะอาดได้ง่าย อาจใช้มีอนวดศีรษะเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

(3) ริมฝีปาก ผู้สูงอายุจะมีริมฝีปากแห้งและลอกแตกง่าย ผู้สูงอายุควรใช้ลิปสติกมันทาเพื่อให้ปากชุ่มชื้น และดูแลช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย

(4) ฟัน ฟันหลุดหรือหักง่าย บดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานหนัก บางคนจึงต้องใส่ฟันปลอม อาหารที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุควรเป็นอาหารอ่อน หั่นเป็นชิ้นเล็กย่อยง่ายและมีประโยชน์ เช่น ปลา ไข่เต้าหู้ ผักต้ม เป็นต้น และควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุกๆ 6 เดือน หรือปีละ 1 ครั้ง

(5) ลิ้น การรับรสหรือรสชาติอาหารลดลง เมื่อผู้สูงอายุรับประทาน อาหารจะรับรสชาติของอาหารได้ไม่ดี บางครั้งอาจจะเติมน้ำตาลหรือน้ำปลาปรุงรสมากเกินไป ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา

(6) จมูก การได้กลิ่นต่างๆ ลดลง ไม่สามารถแยกกลิ่นที่คุ้นเคยได้ บางครั้งอาจไม่ได้กลิ่นอาหารที่เริ่มบูดเน่า ผู้สูงอายุอาจรับประทานเข้าไปทำให้ท้องเสียได้ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารสดใหม่เสมอ และไม่ควรให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ค้างคืนไว้นาน

(7) สายตา ประสาทสัมผัสในการมองเห็นลดลง โดยเฉพาะในเวลา กลางคืน หรือที่มีแสงสว่างน้อย หยิบจับสิ่งของไม่ถูกเลนส์ตาแข็งขึ้น ความสามารถในการมองเห็น ลดลง บางรายมีสายตาวาว มองในระยะใกล้ไม่ชัดเจน ลานสายตาแคบ การแยกสีสัมผัส แดง เหลือง ได้ ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วง เขียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้น ควรระมัดระวังการเดินทางในที่ที่มีแสงสว่างน้อยหรือตอนมืด เก็บข้าวของให้เป็นระเบียบ ไม่ขวางทางเดิน และผู้สูงอายุตรวจตาปีละ 1 ครั้ง รับประทานอาหารที่บำรุงสายตา เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า เป็นต้น

(8) หู ประสาทการรับเสียงเสื่อมลง มีอาการหูตึง ได้ยินระดับเสียงต่ำชัดกว่าระดับเสียงสูง ดังนั้น การใช้เสียงพูดคุยกับผู้สูงอายุควรพูดใกล้ๆ ไม่ใช่เสียงดัง ไม่ควรตะโกน แต่ควรพูดด้วยเสียงทุ้ม พูดช้าๆ และชัดเจน และควรดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุใช้ของแหลม แคหูเป็นอันตราย เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเยื่อหูได้

(9) หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดแดงแข็งตัวมีความเสื่อมและยืดหยุ่นน้อยลง บางคนมีไขมันมากทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวมากขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

เมื่อหัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และหน้ามืดเป็นลมได้ง่าย อีกทั้งผู้สูงอายุมีหลอดเลือดฝอยเปราะ ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่ายขึ้น

(10) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวนและเส้นใยของกล้ามเนื้อ รวมไปถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อลีบเล็ก ไม่ค่อยมีแรง เดินช้าและเคลื่อนไหวได้ช้าลง ทำให้เคลื่อนไหวไม่คล่องตัว แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย หมอนรองกระดูกบางลง ทำให้ผู้สูงอายุหลังค่อมในข้อกระดูกต่างๆลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อ ไม่สะดวกเกิดการแข็งตึงและอักเสบได้ง่าย ที่พบได้มากคือ ข้อเข่าเสื่อม

(11) ทางเดินหายใจ ปอดทำหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆในร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นและความจุปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหายใจลำบาก เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง อีกทั้งกล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมทำให้ไอและขับเสมหะออกได้ยาก เสี่ยงต่อการทำให้ปอดเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้น ผู้สูงอายุควรอยู่ในสภาพอากาศที่ถ่ายเท บริหารปอดด้วยการสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

(12) การย่อยอาหาร ในผู้สูงอายุนั้นกระเพาะอาหาร จะมีน้ำย่อยลดลง ลำไส้หยาบตัว ทำให้มักมีอาการท้องอืด แน่นท้อง และท้องผูกได้ ผู้สูงอายุจึงควรเคี้ยวให้ละเอียดและจัดอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย เพิ่มอาหารที่มีกากใย เช่น ผักผลไม้ และเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันท้องผูก

(13) ระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ อาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนเป็นโรคเบาหวาน อ้วนง่าย อุณหภูมิร่างกายลดลงทำให้ขี้หนาว ต่อมไทรอยด์ทำงานแปรปรวนอาจทำให้เซื่องช้า หรือหุดหงิดง่าย เมื่อฮอร์โมนในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุได้ง่าย ผู้สูงอายุควรระมัดระวังเรื่องการหกล้มเมื่ออากาศหนาวเย็น ควรใส่เสื้อผ้าหนาๆหรือใช้ผ้าพันคอเพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

(14) ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ โต้ มีหน้าที่ในการกรองและขับของเสียของจากร่างกายผู้สูงอายุจะมีขนาดไตลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ ผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย ในผู้ชายมักพบต่อมลูกหมากโต เป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก ในเพศหญิง ช่องคลอดแคบสั้นลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อและอักเสบได้ง่ายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้

สรุป การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเสื่อมของเนื้อเยื่อและอวัยวะในทุกๆระบบ เช่น ผิวแห้ง บางลงและเกิดแผลง่าย ผมหงอกและหลุดร่วงง่าย ฟันหลุดหรือเสื่อม ทำให้การบดเคี้ยวอาหารลำบาก สายตาและหูเสื่อมสภาพลง นอกจากนี้ ระบบ

หัวใจ หลอดเลือด กระดูก และกล้ามเนื้อจะอ่อนแอ ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้าลง ระบบย่อยอาหารและทางเดินหายใจก็ทำงานลดลง รวมถึงฮอร์โมนและการขับปัสสาวะก็เปลี่ยนแปลงไป

2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เช่น ความเจ็บป่วยหรือการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งมักนำมาซึ่งความวิตกกังวลและแรงกดดันทางอารมณ์ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นศูนย์กลางของครอบครัว หรือการสูญเสียคู่ชีวิต ญาติสนิท หรือเพื่อนสนิท ก็ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เมื่อบทบาทและสถานะทางสังคมเปลี่ยนไป พร้อมกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อจิตใจในหลายแง่มุม เช่น ความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ เซอว์นปัญญา และบุคลิกภาพ ผู้สูงอายุอาจรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชราภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยรวม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

(1) อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย

(2) นิสัย การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักพบการเข้าสังคมลดลง ความกระตือรือร้นต่อสถานการณ์ต่างๆ ลดลง หากมีปัจจัยด้านผู้ดูแลหรือภาวะพึ่งพิงร่วมด้วย มักพบปัญหาการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง คิดว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น เกิดภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

(3) ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตกเศร้าสลด หวาดระแวง คิดถึงอนาคตด้วยความหวาดกลัว ว่าเหวในรายที่สูญเสียคู่ชีวิต

(4) ความจำ ความจำเสื่อมถอยลง เป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุ ความจำต่อสิ่งใหม่ ๆ มีน้อย กระบวนการจำมีเพียงระยะสั้นมักลืมเหตุการณ์ปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ง่าย แต่พบว่าจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี

(5) การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลัง เป็นสิ่งปกติวิสัยในผู้สูงอายุ เซอว์นปัญญาความรวดเร็วของการใช้ความคิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นแต่ความแม่นยำยังคงมีเท่าๆ กับคนหนุ่มสาวถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นหรือใช้วิจารณญาณได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยความสุขุมจากประสบการณ์และความรู้อันได้รับการสะสมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน

(6) ความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์สิ่งต่างๆ อาจลดลงแต่ความรู้สึกทั่วไปและที่เกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่กระทั่งในบั้นปลายของชีวิตการเรียนรู้ความสามารถใน

การเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำซึ่งมักจะลดน้อยลงในวัยชราการเรียนรู้และการเข้าใจในสิ่งต่างๆในบริบทของชีวิตที่มีความซับซ้อนจะเรียนรู้ได้ยากเช่นเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทางด้านสารสนเทศและการขาดแรงจูงใจจะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการเสื่อมของร่างกายและการสูญเสียบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจ และอ้างว้าง ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะเรื่องใหม่ๆ แต่ยังคงจำเรื่องในอดีตได้ดี. เขาวนปัญญาช้าลง แต่ยังสามารถใช้วิจารณญาณได้ดีหากมีเวลา

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องการการยอมรับและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุก็นิยมนำความต้องการเช่นเดียวกัน โดยพวกเขาต้องการการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มสังคมนอกตัว อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและการชะลอตัวในการแสวงหามิตรภาพใหม่ อาจจำกัดโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ ยิ่งไปกว่านั้น คนรุ่นใหม่อาจขาดความสนใจในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุก็อาจขาดความมั่นใจในทักษะการสื่อสารหรือการเข้าสังคม ส่งผลให้ทั้งสองฝ่ายหลีกเลี่ยงการสนทนาและกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุจึงถอยห่างจากสังคมและลดการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงในค่านิยมและวัฒนธรรมร่วมสมัย ซึ่งมักลดทอนความเคารพต่อผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว การเกษียณอายุยังเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุถอนตัวจากบทบาททางสังคมภายนอก เหลือเพียงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ขาดการพบปะเพื่อนร่วมงานหรือการได้รับการยกย่องจากสังคม สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนลดลง นำไปสู่ความเหงาและความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลง หากไม่มีบทบาทใหม่มาทดแทน อีกทั้ง ปัญหาทางเศรษฐกิจยังเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้สูงอายุอาจขาดรายได้หรือรายได้เสริม ในขณะที่รายจ่าย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นตามการเสื่อมของร่างกาย ดังนั้น การวางแผนทางการเงินก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมจิตอาสา หรือการทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ เช่น ปลูกต้นไม้หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง และสามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยได้อย่างมีความสุข (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

1.1.4 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

สำหรับกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ได้แก่

1) อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ อาการหลงลืมหรือคิดช้าลงเป็นอาการที่พบได้เมื่ออายุมากขึ้น หากมีปัญหาด้านสุขภาพที่เฉียบพลัน เช่น การอักเสบติดเชื้อ หัวใจหรือ

สมองขาดเลือด ก็อาจเกิดอาการเพ้อ งุนงง สับสนได้ง่ายขึ้น แต่เมื่อแก้ไขที่สาเหตุของการเจ็บป่วย อาการเหล่านี้ก็จะดีขึ้นได้ สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่คนในครอบครัวควรสังเกตก็คือ หากพบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความทรงจำเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นั้นอาจเป็นสัญญาณถึงอาการเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อมได้ โดยสัญญาณเตือนภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเรียนรู้หรือการจดจำสิ่งใหม่ๆ ช้าลง การพูดซ้ำหรือถามซ้ำบ่อยครั้ง ความสามารถในการทำสิ่งที่ซับซ้อนลดลง หลงลืมทิศทางในที่ที่คุ้นเคย ไม่อยากเข้าสังคมหรือพูดน้อยลง อารมณ์หรือนิสัยเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

2) *ภาวะกระดูกพรุน* เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมักไม่ทราบว่าตัวเองเป็นเพราะแทบไม่มีอาการเลย กว่าที่จะทราบก็เมื่อหกล้มกระดูกหักแล้ว ภาวะกระดูกพรุนคือการที่เนื้อกระดูกบางลง ทำให้เปราะหักหรือยุบง่าย ส่วนใหญ่พบได้ในผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือนและผู้ชายอายุมากกว่า 70 ปี

3) *ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม* ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ข้อเสื่อม กล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง โรคทางสมอง ความดันโลหิตตกเมื่อลุกขึ้นยืนจากท่านั่งหรือนอน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาต่างๆ ที่มีผลต่อความดันโลหิตหรือทำให้ง่วง สภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นที่ลาดเอียงหรือลื่นเปื่อย เป็นต้น ปัญหาการทรงตัวและการหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีกระดูกบางพรุนอยู่แล้ว เมื่อหกล้มก็อาจทำให้กระดูกหักได้ง่ายและอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ตามมาจากการผ่าตัดและนอนโรงพยาบาลนาน

4) *อาการนอนไม่หลับ* ผู้สูงอายุมักมีปัญหาคุณภาพการนอนที่ลดน้อยลง อาจหลับยากขึ้น ตื่นบ่อย หลับไม่ลึก และตื่นมาไม่สดชื่น โดยมีสาเหตุจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามวัย รวมถึงอาจมีสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาการปวดต่างๆ กรดไหลย้อน ปัญหาการหายใจหรือโรคนอนกรน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ผลข้างเคียงจากยา อาการนอนไม่หลับมักส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการลื่นหกล้ม อารมณ์หงุดหงิดหรือภูมิคุ้มกันลดลงจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้สูงอายุ

5) *ปัญหาการกลั่นกรองการขับถ่ายไม่อยู่* ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในเรื่องของการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนหรืออ่อนล้า กระเพาะปัสสาวะอ่อนไหวเกินไป ความบกพร่องในการควบคุมการกลั่นกรองการขับถ่ายที่เกิดจากสมองหรือเส้นประสาท การรับประทานยาบางชนิด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ภาวะท้องผูก ต่อมลูกหมากโต และโรคเบาหวาน

6) *อาการมีนงง เวียนศีรษะ* เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การหกล้มตามมาได้ อาการนี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความดันโลหิตต่ำ

ผลข้างเคียงจากยา (เช่น ยาแก้ปวดบางชนิดยาคลายเครียด ยาแก้ซึมเศร้า) ภาวะน้ำในหูไม่เท่ากัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โลหิตจาง ความวิตกกังวล เป็นต้น

7) **ปัญหาภาวะทุพโภชนาการและความผิดปกติ** ในการรับประทานอาหาร เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ปัญหาสุขภาพฟัน ภาวะกลืนลำบาก ความอยากอาหารน้อยลง น้ำหนักลด ผลข้างเคียงจากยาทำให้เบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้าหรือหลงลืมทำให้ไม่ดูแลโภชนาการตนเอง โรคเรื้อรังต่างๆ ที่ส่งผลต่อความอยากอาหาร เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อ ภาวะกระดูกพรุน กล้ามเนื้อลีบลง และแขนขาอ่อนแรง

8) **ปัญหาการได้ยิน** ความสามารถในการรับเสียงของผู้สูงอายุจะลดลง มักมีอาการหูอื้อหรือหูตึง โดยมีอาการเริ่มแรกคือ ไม่ค่อยได้ยินเสียงแหลมๆ หรือเสียงที่มีความถี่สูง เช่น เสียงผู้หญิง เสียงดนตรีคีย์สูงๆ หรือเมื่ออยู่ในสถานที่ซึ่งมีเสียงรบกวนก็อาจฟังไม่เข้าใจทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว

9) **ปัญหาการมองเห็น** นอกเหนือจากวัยที่เพิ่มขึ้นแล้ว โรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ต้อหิน ต้อกระจก จอประสาทตาเสื่อม ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการมองเห็นที่ลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

สรุป กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อาการสับสนและความทรงจำเสื่อมซึ่งอาจเป็นสัญญาณของภาวะสมองเสื่อม ภาวะกระดูกพรุนที่มักไม่แสดงอาการจนกระทั่งกระดูกหัก และปัญหาการทรงตัว การหกล้ม รวมถึงการนอนไม่หลับซึ่งอาจเกิดจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น ความเครียดหรือโรคประจำตัว นอกจากนี้ยังมีปัญหาการกลืนการขับถ่าย อาการมีนงง ทุพโภชนาการ การได้ยินและการมองเห็นที่เสื่อมลง

1.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยดำเนินการโดยการจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับการจัดกิจกรรมและการดูแลระยะยาว โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญ ปรับใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม เป็นกลุ่มที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น และมีบทบาทในชุมชนหรือสังคม โดยมีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน กลุ่มนี้สามารถดูแลตนเองได้ในบางส่วน มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง โดยมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พักหรือมีภาวะทุพพลภาพ โดยมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน การแบ่งกลุ่มดังกล่าวช่วยให้การจัดการดูแล

และการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการและสภาพของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ทุกสิทธิ์ที่ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การให้การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ในด้านจิตใจ การพึ่งพิงอาจหมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่าด้านสังคม การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม เป็นต้น (อัญชิษฐา ศิริคาเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2557)

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ หมายถึง กลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านอาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาล บริการด้านสังคม รวมถึงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย กิจกรรมงานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น (อัญชิษฐา ศิริคาเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2557)

สรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาล บริการด้านสังคม รวมถึงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

1.2.2 การจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักใช้ดัชนี ADL (Activity of Daily Living) ซึ่งพัฒนาโดย Mahoney และ Barthel เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดัชนีนี้ครอบคลุมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 10 รายการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ

การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนไหวในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับประเมินภาวะพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงาน ของร่างกาย (Functional Health) ของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยระบุความต้องการในการดูแลและบริการ สนับสนุนที่ควรมีในสังคม (อัญชิษฐา ศิริคาเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2557) ดังนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้ดัชนี Barthel ADL Index ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน เพื่อจัดกลุ่ม ผู้สูงอายุตามศักยภาพเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) *กลุ่มติดสังคม (Social Bound)* คือ ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเอง ได้ รวมถึงช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคม โดยมีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- 2) *ผู้สูงอายุติดบ้าน (Home bound)* คือ ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง ได้บางส่วน โดยมีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน
- 3) *ผู้สูงอายุติดเตียง (Bed bound)* คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพา ตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมถึงผู้ที่มีภาวะพิการหรือทุพพลภาพ โดยมีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน

1.2.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) *ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC)* เป็นรูปแบบการ ให้บริการด้านสุขภาพและสังคมที่ออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้พิการ และผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ บำบัด และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ ผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในขอบเขตที่เป็นไปได้ นอกจากนี้การ ดำเนินงานควรคำนึงถึงการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ (กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2564) จึงมีดังนี้

(1) *ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทั้งติดเตียง และติดบ้าน)* ควรได้รับการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยเน้นการบูรณาการระบบ การดูแลที่เชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว เพื่อให้การดูแลตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

(2) *การสนับสนุนระบบการดูแลในชุมชน* ในระบบการดูแลระยะยาว ครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก โดยระบบจะเข้าไปสนับสนุนการดูแลตามความเหมาะสม ยกเว้นใน กรณีที่ไม่มีผู้ดูแล ซึ่งการสนับสนุนควรสอดคล้องกับศักยภาพของครอบครัวและระดับความต้องการ ของผู้สูงอายุ

(3) การดำเนินงานในระบบนี้ใช้บุคลากรที่ไม่ได้เป็นวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เป็นกำลังสำคัญ โดยมีบุคลากรวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ทำหน้าที่สนับสนุนและให้คำแนะนำในการดูแล

(4) ระบบการดูแลระยะยาว ในแต่ละพื้นที่ควรพัฒนามาบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร รวมถึงสถานที่สำคัญในชุมชน เช่น วัดหรือโรงเรียน เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืน

2) นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

(1) การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและเหมาะสมตามสิทธิประโยชน์ โดยบริการดังกล่าวอาจดำเนินการในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ภายในครัวเรือน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการที่เกี่ยวข้อง การให้บริการดูแลเหล่านี้ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

(2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) หมายถึง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมผ่านหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ก. ขอบเขต/บทบาทหน้าที่ของ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

- ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การเคลื่อนไหว และการขับถ่าย โดยคำนึงถึงสุขอนามัย ความปลอดภัย และความเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ

- สังเกตความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมหรือสุขภาพของผู้สูงอายุ และแจ้งให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

- สนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกด้าน พร้อมทั้งดูแลให้สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ

- จัดทำรายงานการปฏิบัติงานและส่งต่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- หากต้องประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ควรดำเนินการตั้งแต่การเตรียม การปรุง การจัดเสิร์ฟ รวมถึงการดูแลความสะอาดของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ โดยปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด
- จัดการสิ่งปนเปื้อนหรือขยะที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งในภาชนะที่เหมาะสมและป้องกันการปนเปื้อนหรือการแพร่กระจายของเชื้อโรค เพื่อไม่ให้สร้างความเดือดร้อนแก่ผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง
- ดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉิน เช่น เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ โดยปฏิบัติตามกระบวนการส่งต่อที่ถูกต้อง
- จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละเดือน เพื่อส่งต่อให้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) พิจารณาและติดตามผลการดำเนินงาน.

ก. คุณสมบัติของผู้ให้บริการ Caregiver

ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ซึ่งเป็นหลักสูตรมาตรฐานระดับกลาง การอบรมจัดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัยมหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรที่พัฒนาและรับรองโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่มีมาตรฐานเทียบเท่า

(3) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เป็นผู้มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 โดยการจัดทำ care plan ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี CG รวมทั้งเชื่อมโยงประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม care plan โดย CM 1 คน ดูแล CG 5 – 10 คนและดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35 – 40 คน บทบาทหน้าที่ของ CM (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) มีดังนี้

- ก. ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรล เอดีแอล และประเมินคัดกรอง ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- ข. จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
- ค. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล care plan, weekly plan
- ง. จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (care conference)
- จ. เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตาม care plan

ช. พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม

ซ. บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม care plan

ณ. การประเมินและทบทวน care plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและ ผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

3) วิธีการทำงานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทบาทวิธีการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

(1) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็น 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ต้องการสังคม (ติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง)

(2) จัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุแต่ละราย โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

(3) กำหนดการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อคนในทุก 2 สัปดาห์ (หรือ 2 ครั้งต่อเดือน) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านช่วยให้สามารถจัดกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน และอาจมีปัญหาด้านการรับประทานอาหารหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

- กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมองร่วมด้วย

- กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ อาจมีปัญหาด้านการรับประทานอาหารหรือการขับถ่าย แต่ยังไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง

- กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 แต่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

(4) การทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินการในรูปแบบทีมและเครือข่าย โดยยึดแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Individual Care Plan) เป็นหลัก ซึ่งช่วยให้การปฏิบัติงานมีโครงสร้างและรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้ช่วยดูแลจะปฏิบัติงานเฉพาะด้านมากขึ้นหลังผ่านการอบรม ส่งผลให้มีความมั่นใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทั้งนี้ การทำงานประกอบด้วย การคัดแยกผู้สูงอายุตามประเภทของภาวะพึ่งพิง และการให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

(5) *การทำงานของ Caregiver* มีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้นหลังจากที่ผ่านการฝึกอบรม โดยบทบาทหน้าที่ของ Caregiver มีดังต่อไปนี้

- มีการวิเคราะห์จัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเขียนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละราย

- มีรูปแบบบริการที่ให้บริการโดย Caregiver เป็นบุคลากรที่ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ เช่น การวัดความดัน การเจาะเลือดดูเบาหวาน รวมทั้งการล้างแผล การดูแลแผลกดทับ รวมไปถึงการแนะนำการใช้อุปกรณ์ต่างๆ การนวดหรือการช่วยทำกายภาพบำบัด นอกจากนี้มีการแนะนำญาติหรือผู้ดูแลประจำบ้านในเรื่องของการใช้ยา อาหารสำหรับผู้ป่วย การปรับสภาพแวดล้อม การออกกำลังกาย รวมทั้งการให้กำลังใจ เป็นต้น

2.การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Kieffer (1984) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ คือกระบวนการที่ช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความตระหนักในสาเหตุของปัญหาที่เผชิญ พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมในการรับมือและค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

Gibson (1991) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยเน้นให้บุคคลตระหนักถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตน กระบวนการนี้มีลักษณะต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ (Dynamic) เพื่อส่งเสริมการพิจารณาและหาวิธีแก้ไขปัญหา โดยอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

Kanter (1997) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการสร้างแรงจูงใจที่ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและมีความพึงพอใจในงานที่ทำ โดยเกิดจากการได้รับการสนับสนุน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ และการได้รับโอกาสที่เหมาะสมในหน้าที่การงาน

Ellis-Stoll and Popkess-Vawter (1998) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนให้บุคคลสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งในระดับบุคคลและสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างเหมาะสม

นิตย์ ทศนิยม และสมพันธ์ ทศนิยม (2555) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสุขภาพครอบครัว โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้าง ศักยภาพ ความสามารถ และสมรรถนะของครอบครัว พร้อมทั้งส่งเสริมการตัดสินใจ การต่อรอง และ การเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลและส่งเสริม สุขภาพของสมาชิกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมถึงสามารถจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่าง เหมาะสม

กุนนที พุ่มสงวน (2557) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความมั่นใจในตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งสามารถนำศักยภาพภายในมาใช้ในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง รวมถึง สามารถจัดการและควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

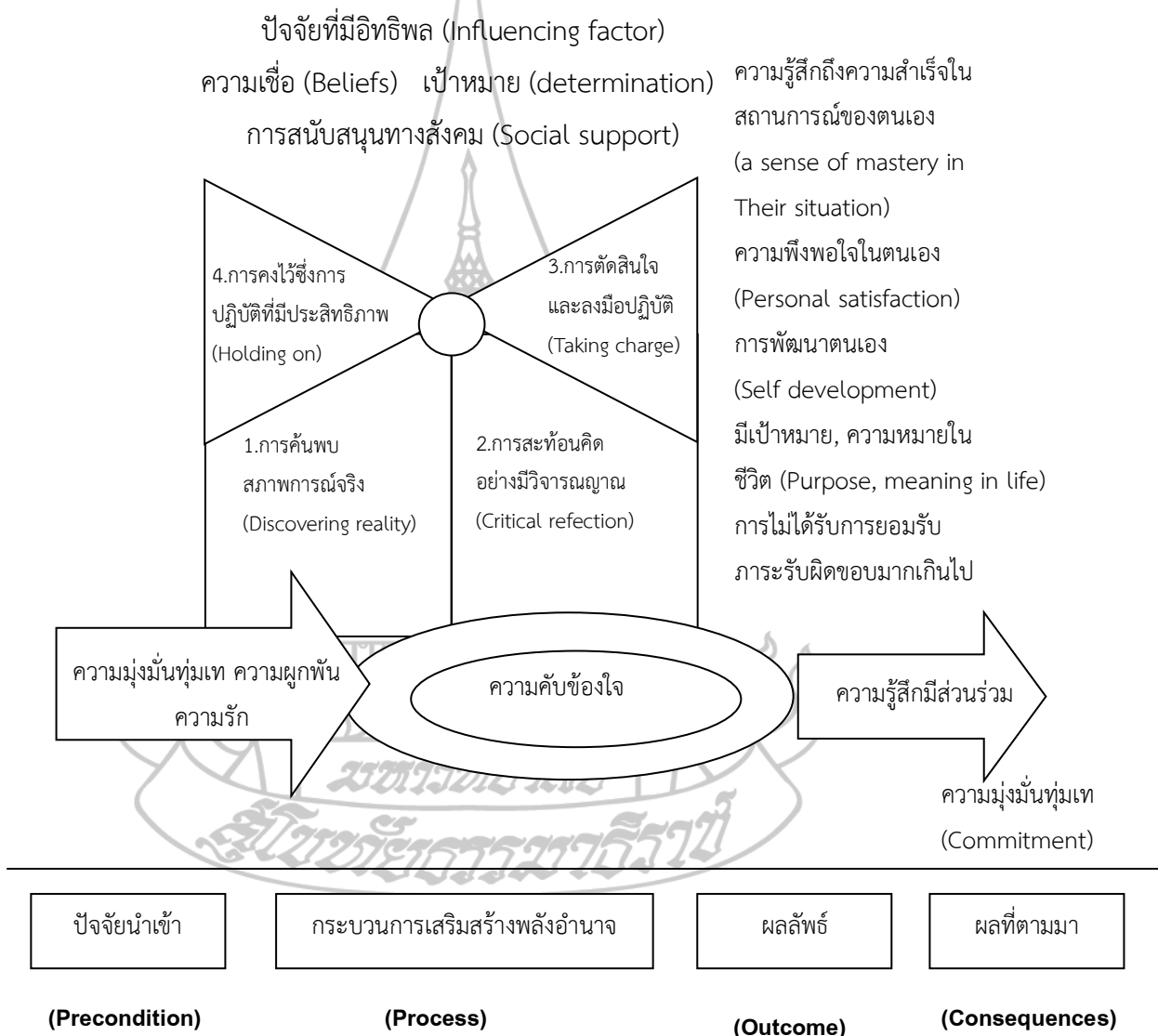
พินทุสร โพธิ์อุไร (2562) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือกระบวนการที่ ใช้การทำงานร่วมกันในกลุ่ม โดยเสริมพลังผ่านกิจกรรมสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเปิด โอกาสให้สมาชิกพัฒนาศักยภาพตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่น และตระหนักถึงความสามารถที่มีอยู่ เพื่อ นำไปใช้ในการควบคุมวิถีชีวิตของตนเองให้สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งท้ายที่สุดจะช่วยสร้าง พลังกลุ่มที่สะท้อนความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในกลุ่ม

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) คือ กระบวนการ ช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพของชีวิต ด้วยการเสริม ศักยภาพ สมรรถนะ ความสามารถ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจ อำนาจต่อรอง การเข้าถึงและการ จัดการทรัพยากรเพื่อให้สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของ สมาชิกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้จัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยเป็น หลักการที่สำคัญที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยเฉพาะ วิชาชีพพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ควรจะได้นำมาใช้เพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและชุมชน ผลที่ได้จะทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจควบคุมชีวิตของตนเอง มีพลัง มีความสุข มีอิสระในการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่ จำเป็นในการดำรงชีวิต สามารถดำเนินกิจกรรมที่เป็นการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ของตนได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและ ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) โดยมุ่งเน้นการพิจารณาหาแนว ทางแก้ไขปัญหาผ่านการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ กระบวนการนี้ตั้งอยู่ บนพื้นฐานของการปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือ (Collaboration) รวมถึงการมีส่วนร่วม

(Participation) โดยส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาบุคคลแต่ละคน ผ่านการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการแสดงความคิดเห็นในสภาพแวดล้อมที่ยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้เข้าร่วมจะได้ฝึกฝนความสามารถที่จำเป็นในบริบทที่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ กระบวนการนี้ครอบคลุมทั้งการพัฒนาภายในบุคคล (Intrapersonal) และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมศักยภาพและความเชื่อมั่นในตนเอง (Gibson, 1993)



ภาพที่ 2.1 รูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson,1993)
 ที่มา : A study of empowerment in mothers of chronically ill children (p.113) by Gibson, C.H., 1993, Boston : Boston Collage.

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bond) และความรัก (love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (beliefs) ค่านิยม (values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และเป้าหมายในชีวิต (determination) โดยมีความคับข้องใจ (frustration) ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ ซึ่งการที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่น พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ และพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจจะสามารถกระทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งดังกล่าว และการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal factor) (Gibson, 1993)

2.3.1 ปัจจัยภายในบุคคล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่

1) *ค่านิยม (Values)* ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2) *ความเชื่อ (Belief)* ซึ่งความเชื่อจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (A hopeful future) มีการมองเห็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ (abilities to care) ความเชื่อด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี ตลอดจนความเชื่อในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (God/higher power)

3) *เป้าหมายในชีวิต (Determination)* หมายถึง ความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การรับรู้อุปสรรคลดลง ส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน

4) *ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience)* ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการจากศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ (Educational contexts) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

2.3.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่

1) *การสนับสนุนทางสังคม (Social support)* จากหลาย ๆ แหล่งด้วยกัน คือคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแล้วมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพนอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากคนอื่น ๆ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เสนอปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ มักได้รับการสนใจก็ต่อเมื่อมีความพร้อมหรือขาดไปของอำนาจและการควบคุม มีการสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตามเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นแล้วก็ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกที่มีอำนาจในการควบคุมและคิดวิธีการที่จะได้มาหรือพัฒนาขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเอง สามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ดังนั้น ปัจจัยประการแรกที่ทำให้มีการเสริมสร้างอำนาจก็คือ การสูญเสียหรือการพร่องไปของอำนาจที่ควรจะมีนั่นเองอาจจะเป็นจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต่อผู้รับบริการในลักษณะที่เป็นผู้ปฏิบัติมากกว่าส่งเสริมให้มีส่วนร่วมหรือตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (บุษบา อ่อนไหว, 2547) การขาดความยืดหยุ่นในระบบบริการ ระบบการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุม สิ่งเหล่านี้มีผลในการลดพลังอำนาจของผู้รับบริการทั้งสิ้น

2) *สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง* เป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและมีความเปิดเผยต่อกันได้ต้องมีการยอมรับซึ่งกันและกันมีการให้คุณค่าเคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกัน จึงเกิดความร่วมมือและความมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างอำนาจได้

3) *สิ่งแวดล้อม* เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีบรรยากาศของการดูแล ช่วยเหลือ และปรารถนาดีต่อกัน (nurturing, helping, caring environment) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อฝ่ายที่เป็นผู้ให้บริการหรือผู้ดูแลมีจุดมุ่งหมายให้ฝ่ายที่ต้องอำนาจกว่านั้นได้พัฒนาความสามารถและพัฒนาอำนาจในตนเอง

4) *บุคคล ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องอาศัยความร่วมมือ* การมีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอน ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ และ

ความรับผิดชอบที่จะเกิดขึ้นนั้นคือต้องถือเป็นความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ที่บุคคลพึงปฏิบัติร่วมกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ปัจจัยซึ่งประกอบด้วยคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการรับรู้ ภาวะสุขภาพที่ดี สามารถปรับตัว ความกล้าหาญอดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

5) เวลา ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องอาศัยเวลาดีก่อนชั่วยาวนาน เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง (Gradual process evolutionary process) การพัฒนาอำนาจ และความสามารถจะค่อยๆ เพิ่มพูนทีละน้อยๆ ต้องอาศัยเวลา

6) ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจ บุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต้องมีความเชื่อถึงความเท่าเทียมกันต้องมีการปลดปล่อย ยึดถือในความอิสระ ยึดถือในระบบประชาธิปไตย ต้องมีความเชื่อในศักยภาพของบุคคลด้วย

2.4 ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างอำนาจจากแนวคิดของกิบสันนั้นจะอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม (Collaboration) โดยได้แบ่งระยะต่างๆ ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะ ดังนี้ (Gibson, 1993)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริงทำความเข้าใจมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (cognitive) และด้านพฤติกรรม (behaviorally) การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับความไม่เข้าใจต่อสถานการณ์และการรับรู้ถึงความยุ่งยากและซับซ้อนของปัญหา ความรู้สึกไม่แน่นอนจากการไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลเกิดความคับข้องใจเมื่อรู้ว่าตนเองต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยร้ายแรงและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองและให้คำแนะนำในการพยายามค้นหาปัญหาหรือสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง จะสามารถนำไปสู่ดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความมั่นใจหรือความสามารถในการดูแลตนเอง เขาหรือเธอจะเริ่มแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยพยายามรวบรวมข้อมูลความรู้ให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทาง

วิชาการ หรือการสอบถามแพทย์ พยาบาล และผู้ที่เคยมีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน กระบวนการนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจในเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะนำข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ มาวิเคราะห์และใช้ในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาและจัดการสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะเริ่มตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตัวเอง เขาหรือเธอจะพยายามมองปัญหาในแง่บวกและทำความเข้าใจกับสถานการณ์จนสามารถระบุได้ว่าสิ่งที่ต้องการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา บุคคลจะนำความรู้และวิธีการแก้ปัญหามาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ปัจจุบัน ในขณะเดียวกัน การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อเตือนเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่มากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนและความไม่มั่นใจ เมื่อบุคคลเริ่มตระหนักถึงผลกระทบจากความคิดและการกระทำของตนเอง เขาหรือเธอจะปรับเปลี่ยนมุมมองและเลือกที่จะคิดในแง่บวกแทน ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวเพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้การดูแลทั้งตนเองและผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการทบทวนเหตุการณ์หรือสถานการณ์อย่างรอบคอบ โดยมุ่งเน้นการพิจารณาปัญหาและประเมินทางเลือกในการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม บุคคลจะได้ฝึกทักษะในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบัน การค้นหาทางเลือก และการพิจารณาอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ที่น่าไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เมื่อบุคคลตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงและอาจรู้สึกคับข้องใจในกระบวนการดูแล ตนเองจะพัฒนาความสามารถในการมองปัญหาอย่างรอบด้าน ประเมินสถานการณ์ และทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น กระบวนการนี้จะช่วยสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงการจัดการปัญหาให้ดีขึ้น การสะท้อนคิดช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้สึกถึงการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) โดยเปลี่ยนมุมมองจากการคิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ และบทบาทของตนมีความสำคัญต่อการช่วยให้ผู้ป่วยหรือสถานการณ์ดีขึ้น กระบวนการนี้เปิดโอกาสให้บุคคลเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมหลังจากการวิเคราะห์อย่างละเอียด ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง รวมถึงการตัดสินใจและทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะพัฒนาความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และตระหนักถึงพลังในตนเอง ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและเพิ่มพูนศักยภาพในการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ขั้นตอนนี้

เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง บุคคลจะประเมินทางเลือกต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการสะท้อนคิดและพิจารณา

อย่างรอบคอบ เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดสำหรับสถานการณ์ของตน กระบวนการในขั้นนี้ยังเน้นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับผู้อื่น ซึ่งช่วยสนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) โดยอาศัยข้อมูลที่ได้รับมาจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงประสบการณ์ส่วนตัว หลังจากผ่านสองขั้นตอนแรก บุคคลจะมุ่งเน้นไปที่การค้นหาและเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง โดยใช้เหตุผลที่สอดคล้องกับสถานการณ์และเงื่อนไขเฉพาะบุคคล ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละกรณี การตัดสินใจในขั้นนี้เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับเป้าหมาย และสามารถจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ

- 1) สามารถแก้ไขปัญหสำหรับตนเองได้
- 2) สอดคล้องกับแนวทางการดูแลจากทีมสุขภาพ
- 3) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- 4) ผ่านการปรึกษาและได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ
- 5) สร้างความยอมรับและสามารถนำไปปรับใช้ได้

โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองว่าการปกป้อง (Advocacy for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเองเป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนเอง ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the copes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพการเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning the roper) โดยไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจดูแลตนเอง บุคคลจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เชื่อว่าส่งผลดีต่อตนเอง มีการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) โดยรับรู้ว่าคุณมีส่วนสำคัญในการดูแลรักษา หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและส่งผลให้ตนเองมีอำนาจดีขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะสุขภาพของตน รับรู้พลังอำนาจในตนเอง (sense of power) เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม (establishing partnership) ในกระบวนการดูแลรักษาและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับในดูแลสุขภาพของตน จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อตนเองจากบุคคลในทีมสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการดูแลภาวะสุขภาพของตนร่วมกับทีมสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ขั้นตอนนี้ถือเป็นการสร้างความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ โดยหากเกิดปัญหาในระหว่างการทำงานตามทางเลือกที่ตัดสินใจไว้ บุคคลจะร่วมมือกับทีมสุขภาพ เช่น พยาบาลและผู้ป่วย ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว หาก

วิธีการที่เลือกถูกนำไปปฏิบัติและประสบความสำเร็จ จะก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจและมีพลังในการจัดการปัญหา รับรู้ถึงศักยภาพและความสามารถของตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมที่แก้ปัญหานั้นถูกนำไปใช้ต่อเนื่องในสถานการณ์อื่น ๆ ในอนาคต ทั้งยังช่วยส่งเสริมความมั่นคงในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับเป้าหมาย

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal process) ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันและอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงลำดับไปมาขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอนอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยทั้งแรงใจ ความคิดสร้างสรรค์ และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องตามที่ได้กล่าวไว้ เมื่อบุคคลสามารถดำเนินกระบวนการในแต่ละขั้นตอนอย่างครบถ้วนและประสบความสำเร็จ จะส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถของตนเองในด้านต่าง ๆ ซึ่งช่วยให้สามารถปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

โดยสรุป กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) เน้นการมีปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างบุคคล โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มจากการค้นพบสภาพการณ์จริง ซึ่งเป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจและยอมรับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยมีการตอบสนองทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ต่อมาเป็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ที่ให้บุคคลทบทวนปัญหาอย่างรอบคอบและพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึกควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ขั้นที่สาม การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม บุคคลจะประเมินปัจจัยต่าง ๆ และเลือกวิธีแก้ปัญหานั้นที่สอดคล้องกับความต้องการและคำแนะนำของทีม สุขภาพ สุดท้าย การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการรักษาพฤติกรรมที่นำไปสู่การแก้ปัญหายั่งยืน

2.5 บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ

พยาบาลถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้สามารถรักษาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงส่งเสริมการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในสังคม การปฏิบัติงานของพยาบาลต้องผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการให้ถูกต้องและเหมาะสม

การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญที่พยาบาลนำมาใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้สามารถพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) มีสมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) สามารถควบคุมตนเองได้ (Self-control) และมีแรงจูงใจ (Motivation) พยาบาลยังมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาการเรียนรู้ (Learning) มีความรู้สึกรู้ว่าตนเองมีอำนาจในการจัดการชีวิต (Sense of mastery) และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น (Sense of connectedness)

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการให้ดีขึ้น ทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงการสร้างจิตสำนึกด้านความยุติธรรมในสังคม (Sense of social justice) ด้วยบทบาทดังกล่าว พยาบาลจึงเป็นแรงผลักดันสำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (กุนนที พุ่มสงวน , 2557) ดังนี้

2.5.1 บทบาทในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความไว้วางใจ (Trust) กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยเน้นการสร้างบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี พยาบาลจำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ และวัฒนธรรม ซึ่งต้องอาศัยความรู้จากหลากหลายสาขา เช่น มานุษยวิทยา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อให้สามารถเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจทางจิตวิทยา พยาบาลควรเพิ่มปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา รวมถึงค่านิยมและความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อการดูแลที่ได้รับ การเสริมพลังนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาทางเลือกในการรักษา ตัดสินใจในสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง และรับผิดชอบต่อทางเลือกที่ได้ตัดสินใจนั้น นอกจากนี้ พยาบาลควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการดูแล เช่น การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ และการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยให้อาการป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ.

2.5.2 บทบาทในการประเมินภาวะการสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการประเมินภาวะการสูญเสียอำนาจของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหรือการตัดขาดของอวัยวะ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเอง ภาวะดังกล่าวเรียกว่า "ภาวะสูญเสียอำนาจ" พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับอารมณ์ รับรู้ และเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเอง ตลอดจนสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัว การเสริมสร้างพลังอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาด้วยเหตุผล และพัฒนาความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เพื่อนำไปสู่การเอาชนะอุปสรรค (Overcoming organizational barriers) และฟื้นคืนความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.5.3 บทบาทในการให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง (Participatory decision-making) โดยจัดหาและให้ข้อมูลที่เป็น

ประโยชน์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหา เลือกแนวทางปฏิบัติ และตัดสินใจในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของตน ลดความสับสนหรือความไม่เข้าใจที่อาจทำให้รู้สึกขาดการควบคุมในสถานการณ์ต่าง ๆ การดำเนินงานของพยาบาลในลักษณะนี้เน้นการทำงานร่วมกัน (Co-operation) และความร่วมมือ (Collaboration) ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เพื่อให้การรักษาและการดูแลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ พยาบาลยังมีหน้าที่ในการเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity building) ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง พร้อมพัฒนาความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) และการนับถือตนเอง (Self-esteem) การส่งเสริมทักษะดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงจัดการกับอาการไม่สบายได้ในระยะยาว นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นและความผาสุกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2.5.4 บทบาทในแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถค้นหาปัญหาของตนเองและยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การดำเนินงานนี้เริ่มต้นจากการประเมินมุมมองของผู้ป่วยต่อสุขภาพและความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่อาจทำให้พวกเขาสูญเสียพลังอำนาจ พร้อมทั้งช่วยเหลือในการค้นหาแหล่งที่มาของพลังอำนาจที่มีอยู่ เทคนิคที่ควรใช้คือการพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal-setting) เพื่อพัฒนาวิธีการคืนพลังอำนาจให้กับตนเอง พยาบาลควรมอบหมายบทบาทการตัดสินใจขั้นสุดท้ายในกระบวนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการดูแลตนเอง และสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับสุขภาพ

2.5.5 บทบาทในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลในฐานะวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย มีหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอย่างจริงจัง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้รับบริการ แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง การดำเนินบทบาทนี้ถือเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียม เพื่อให้การพิทักษ์สิทธิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีแนวทางที่ชัดเจน เช่น การจัดการอย่างเป็นระบบ (Organizing) การต่อรอง (Lobbying) การดำเนินการอย่างชอบธรรม (Legitimacy) บทบาทเหล่านี้ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และได้รับบริการที่มีมาตรฐานและเคารพในสิทธิมนุษยชนอย่างแท้จริง

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1 ความหมาย

ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีการให้ความหมายที่หลากหลาย โดยนักวิชาการ สถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานต่างๆ ดังนี้

Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy (2004) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม นอกเหนือจากความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะการแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น เป็นต้น

Nutbeam (2008) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือความสามารถทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมแรงจูงใจและศักยภาพของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อสนับสนุนและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการมีความรู้และความเข้าใจที่เพียงพอในการวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) ให้นิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการโต้ตอบและซักถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังรวมถึงความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพที่ได้รับให้กับผู้อื่น โดยกระบวนการนี้มุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ.

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงหมายถึง ระดับความสามารถของประชาชนในการใช้ทักษะทางด้านความคิดด้วยปัญญา และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินและจัดการปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้ง สามารถให้คำชี้แนะในด้านสุขภาพแก่บุคคลอื่น ครอบครัว และชุมชนได้ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ดี

3.2 รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รูปแบบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นลักษณะขั้นพื้นฐานในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเลือกชื่อบริบทความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากแนวคิดของ Nutbeam D. (2008) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

แนวคิดของ Nutbeam D. (2008) เป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและถูกนำมาใช้ในประเทศไทย โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรในช่วงวัยต่าง มีคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม รู้วิธีการใช้อุปกรณ์ค้นหาข้อมูลที่ต้องการ และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ

2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) มีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพและสามารถจดจำเนื้อหาสำคัญ อธิบายความเข้าใจในประเด็นสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติได้ และวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลหรือแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างมีเหตุผล

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) สามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพด้วยการพูด อ่าน และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ และมีความสามารถในการโน้มน้าวผู้อื่นให้ยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) กำหนดทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียในการปฏิเสธหรือเลือกปฏิบัติ

5) การจัดการตนเอง (Self-management skill) กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพ ดำเนินการตามแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม และทบทวนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ เปรียบเทียบและเลือกรับข้อมูลที่ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และประเมินสื่อเพื่อนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมให้แก่บุคคลหรือสังคม

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

3.3.1 ปัจจัยระดับบุคคล ดังนี้

1) ความรู้ได้แก่ การรู้หนังสือทั่วไป เช่น การอ่าน การใช้ตัวเลข การคิดวิเคราะห์ และความรู้เฉพาะด้าน เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม สื่อ สิทธิ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

2) **คุณลักษณะส่วนบุคคล** ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เพศ อายุ อาชีพ และรายได้

3) **ความเชื่อและเจตคติ** ได้แก่ ทศนคติและความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพ

4) **พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ**

5) **ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล** ได้แก่ ทักษะการเจรจาต่อรอง การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเป็นต้น

6) **พฤติกรรมสุขภาพ** ได้แก่ การปฏิบัติ ตามคำสั่งแพทย์ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

7) **วิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ**

8) **การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย**

9) **ระดับความเครียด**

10) **สถานะทางสุขภาพ**

11) **คุณภาพชีวิต**

12) **การปรับปรุงโอกาสทางเลือกด้านสุขภาพ**

3.3.2 ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วย

1) **ทักษะทางปัญญาและการสื่อสาร** เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์ การใช้ความรู้ ทักษะการสื่อสาร และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงการปกป้องสิทธิของตนเอง

2) **สิ่งแวดล้อม**

3) **ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ**

3.3.3 ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่

1) **การจัดระเบียบชุมชน** ได้แก่ การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญ

2) **ความเท่าเทียมทางสังคมด้านสุขภาพ** และโครงสร้างทาง การเมือง

3) **การกระทำทางสังคม** เพื่อการมีส่วนร่วมในหนทางแห่งประชาธิปไตย

ด้านสุขภาพ

4) **การพัฒนา** ประกอบไปด้วย การพัฒนาความรู้ การพัฒนาชุมชน โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพ การจัดโปรแกรมให้สุศึกษาและการอบรม การพัฒนาองค์กร การจัดที่อยู่อาศัยสถานที่ทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น การพัฒนานโยบาย การใช้กฎหมาย นโยบาย มีข้อบังคับให้เกิดการบังคับใช้

5) **การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ**

- 6) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมและการปฏิบัติ
- 7) การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกของสุขภาพ หรือ การสนับสนุนให้เกิดตัวเลือกที่ดีต่อสุขภาพ
- 8) ความทุ่มเทในการดำเนินการทางสังคมเพื่อสุขภาพ หรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

3.4 คุณลักษณะของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีความสามารถและทักษะใน 6 องค์ประกอบ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ดังนี้

ตารางที่ 2.1 คุณลักษณะของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ความสามารถและทักษะ
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีและสามารถใช้อุปกรณ์ในการค้นหา 2. ค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง 3. สามารถตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้
2. ความรู้ความเข้าใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ 2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ 3. สามารถวิเคราะห์ เนื้อหาหรือแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพได้อย่างมีเหมาะสม
3. ทักษะการสื่อสาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพกับบุคคลอื่น โดยวิธีการพูด อ่าน เขียนได้ 2. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ
4. ทักษะการตัดสินใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. ให้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/วิธีการปฏิบัติ
5. การจัดการตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ 2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

ความรู้ด้านสุขภาพ	ความสามารถและทักษะ
	3. ประเมินผลการปฏิบัติ ทบทวนผลลัพธ์และปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
6. การรู้เท่าทันสื่อ	<p>1. สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ</p> <p>2. สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น</p> <p>3. สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้บุคคล หรือสังคมได้</p> <p>4. ผลิตสื่อและเผยแพร่ประสบการณ์หรือข้อมูลให้กับผู้อื่นได้</p>



3.5 การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2.2 การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
<p>1. การค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นขั้นแรกในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเน้นให้บุคคลยอมรับและเข้าใจสภาพการณ์ของตนตามความเป็นจริง ซึ่งจะมีการตอบสนองใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (เกิดความรู้สึกสับสน กังวล หรือกลัวเมื่อตระหนักถึงปัญหา) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (แสวงหาข้อมูลและความช่วยเหลือเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์) และด้านพฤติกรรม (ตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง พยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และใช้ประสบการณ์ที่มีเพื่อจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ)</p> <p>7. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์อย่างละเอียด เพื่อให้บุคคลเข้าใจปัญหาอย่างรอบด้านและค้นหาทางเลือกใหม่ในการแก้ไขปัญหา โดยการคิด</p>	<p>1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีและสามารถใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ต้องการ และสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ</p> <p>2) ความรู้ความเข้าใจ คือ ความสามารถและทักษะในการมีความรู้และการจำในเนื้อหาสาระที่สำคัญทางด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ วิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล</p> <p>3) ทักษะการสื่อสาร คือ ความสามารถและทักษะในการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจได้ และสามารถโน้มน้าวบุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ</p> <p>4) ทักษะการตัดสินใจ คือ ความสามารถและทักษะในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/</p>	<p>การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) ตามองค์ประกอบ 6 ด้านเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำได้โดยการพัฒนาในแต่ละด้านดังนี้</p> <p>1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ กระบวนการเริ่มต้นจากการค้นพบสภาพการณ์จริง โดยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและแหล่งข้อมูลที่ต้องการ เช่น บริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลทางการแพทย์บนเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือ และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การส่งเสริมให้บุคคลรู้จักค้นหาข้อมูลเหล่านี้จะช่วยเพิ่มพลังในการดูแลสุขภาพของตนเอง</p> <p>2. ความรู้ความเข้าใจ ใช้ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้ประชาชนเรียนรู้ที่จะคิดวิเคราะห์ข้อมูลที่</p>

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
<p>วิเคราะห์นี้ช่วยให้เกิดมุมมองใหม่ๆ พัฒนาทักษะในการประเมินและควบคุมตนเอง รวมถึงสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะรู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการตนเอง มีความมั่นใจและมีความเข้มแข็งมากขึ้นในการรับมือกับปัญหา</p> <p>8. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นการช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน โดยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจนี้จะพิจารณาจากวิธีที่แก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการของบุคคล สอดคล้องกับคำแนะนำของทีมสุขภาพ และได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งกระบวนการนี้ส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ</p>	<p>หลีกเลี่ยงหรือวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และให้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ</p> <p>5)การจัดการตนเอง คือ ความสามารถและทักษะในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง</p> <p>6)การรู้เท่าทันสื่อ คือ ความสามารถและทักษะในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น</p> <p>7)สามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้บุคคล หรือสังคมได้</p> <p>8)ผลิตสื่อและเผยแพร่ประสบการณ์หรือข้อมูลให้กับผู้อื่นได้</p>	<p>ได้รับอย่างลึกซึ้ง การส่งเสริมการทบทวนข้อมูลสุขภาพที่ได้มา และการเชื่อมโยงความเข้าใจนี้กับปัญหาสุขภาพที่ตนเองเผชิญ ช่วยให้ประชาชนมีความรอบรู้ในการประเมินปัญหา และสามารถวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมได้</p> <p>3. ทักษะการสื่อสาร ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ประชาชนสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนให้เกิดการพูดคุยสอบถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความมั่นใจในทางเลือกของตนเอง</p> <p>4. ทักษะการตัดสินใจ ขั้นตอนนี้เน้นที่การฝึกให้บุคคลสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง โดยให้ประชาชนใช้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่ได้รับมาเป็นพื้นฐานในการเลือกแนวทางดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในด้าน</p>

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ
<p>พลังในการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>9. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเป็นข้อผูกพันที่บุคคลยึดมั่นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจะร่วมกันแก้ไข เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากวิธีการที่เลือกได้ผลดีและประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ และจะยึดถือพฤติกรรมนี้ไว้สำหรับการแก้ปัญหาในอนาคต</p>		<p>การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน และการรักษาที่จำเป็น</p> <p>5. การจัดการตนเอง ใช้ในขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนรักษาการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทักษะนี้จะช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน</p> <p>6. การรู้เท่าทันสื่อ และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยพัฒนาทักษะในการประเมินและแยกแยะข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ เช่น โซเชียลมีเดีย เว็บไซต์สุขภาพ หรือสื่อประชาสัมพันธ์ การสอนให้ประชาชนเข้าใจวิธีวิเคราะห์สื่อ ช่วยให้เขาสามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์จากข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้</p>

4.โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ได้รับการออกแบบโดยผู้วิจัย เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยนำแนวคิดจากทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาประยุกต์ใช้ ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในการจัดการสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ภายใต้กิจกรรม “ถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน” มี ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ (Pre-test) และชี้แจงการดำเนินการวิจัยในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ใช้ระยะเวลา 2 ชม./ 1 วัน/สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและกระตุ้นให้เปิดโอกาส ได้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านมา โดยมีการจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 5-6 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ใช้ระยะเวลา 2 ชม./ 1 วัน /สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรณ์ญาณ (Critical reflection) มีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 การให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือหลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 โดยเข้าฐานการเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้และมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 8 ชม./ 2 วัน / 1สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) มีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 4-5 การจัดกิจกรรมสนับสนุนความรู้และการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสาธิตการปฏิบัติร่วมกัน ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพ การฝึกปฏิบัติจะมุ่งเน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมถึงการวางแผนและดำเนิน

กิจกรรมดูแลในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และการเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมดำเนินการ ทั้งนี้ยังเน้นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 คน ใช้ระยะเวลาเยี่ยม 30 นาทีต่อคน รวมใช้เวลาประมาณ 3 ชม./ 1 วัน / สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) มีกิจกรรม ดังนี้
สัปดาห์ที่ 6 - 7, สัปดาห์ที่ 8 - 9 และสัปดาห์ที่ 10 - 11 เยี่ยมบ้านตามกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 - 5

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติ และร่วมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข รวมถึงการชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Post-test) ระยะเวลา 3 ชม./ 1 วัน / สัปดาห์

5.การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

5.1 ข้อมูลทั่วไป

ตำบลโนนทัน จัดตั้งเป็นตำบลขึ้นกับอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น และอำเภอหนองเรือ แยกออกจากอำเภอภูเวียง เมื่อปี พ.ศ.2497 ปัจจุบันเป็นตำบลที่ตั้งอยู่ในเขตการปกครองของอำเภอหนองเรือ ประกอบด้วย 14 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านโนนทัน หมู่ 2 บ้านโนนทัน หมู่ 3 บ้านห้วย หมู่ 4 บ้านห้วย หมู่ 5 บ้านเปือย หมู่ 6 บ้านนา หมู่ 7 บ้านกุดฉิม หมู่ 8 บ้านกุดฉิม หมู่ 9 บ้านห้วยม่วง หมู่ 10 บ้านร่องสมอ หมู่ 11 บ้านโนนสะอาด หมู่ 12 บ้านโนนทันน้อย หมู่ 13 บ้านโนนโพธิ์ไทร และหมู่ 14 บ้านร่มเย็น จำนวนประชากรทั้งสิ้น 8,956 คน ประกอบด้วย ประชากรชายจำนวน 4,403 คน และประชากรหญิง จำนวน 4,553 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ ทำนา ทำสวน ทำไร่ และอาชีพเสริม คือ ตัดเย็บเสื้อผ้า พรหมเช็ดเท้า

สภาพทั่วไปของตำบล พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ ดินเป็นดินจืดมีกรวดทราย และดินขาดความอุดมสมบูรณ์ อาณาเขตของตำบลทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลโนนทอง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ทิศใต้ติดต่อกับตำบลกุดกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัด ทิศตะวันออก ติดต่อกับตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น และทิศตะวันตก ติดต่อกับตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อ ประชาชนส่วนใหญ่ในตำบลนับถือศาสนา พุทธ มีความเชื่อตามประเพณีโบราณขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ และเชื่อในการกระทำความดี ละเว้นความชั่ว มีทั้งการอนุรักษ์ไว้ซึ่งประเพณีและวัฒนธรรมเก่าแก่ ของฮีตสิบสองครองสิบสี่ เป็นประเพณีที่ดั่งใจของประชาชนได้ถือปฏิบัติสืบเนื่องกันมาในโอกาสต่างๆ ทั้ง 12 เดือนในแต่ละปี เช่น บุญข้าวจี บุญบั้งไฟ ประเพณีทั้งสิบสองเดือนในแต่ละปีเช่นบุญบั้งไฟ บุญผะเหวด บุญข้าวจี ได้ออกมาร่วมกิจกรรมพบปะสังสรรค์กัน เพื่อความสนุกสนานรื่นเริงและความสามัคคีความรักใคร่ปรองดองของคนในท้องถิ่นถือเป็นการปฏิบัติสืบทอดสิ่งดั่งใจมาจวบจนกระทั่งปัจจุบัน ส่วนคลองสิบสี่เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติตัวระหว่างกันทั่วไป เพื่อความสงบร่มเย็นของบ้านเมือง ลักษณะครอบครัวขยาย ขนาดใหญ่

หน่วยงานที่สำคัญในพื้นที่ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนทัน ด้านการศึกษา ระดับประถมศึกษา 4 แห่ง ขยายโอกาส 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง และสถานศึกษานอกโรงเรียน 1 แห่ง โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโนนทัน 1 แห่ง ด้านสถาบันและองค์กรศาสนา มีศาสนสถาน ประกอบด้วยวัด 10 แห่ง และโบสถ์จัดสร้าง อารามณ์ 1 แห่ง ด้านสาธารณสุข มีสถานบริการทางสุขภาพ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 7 หมู่บ้าน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว่า มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 6 หมู่บ้านด้านการศึกษาความปลอดภัย/องค์กร/ชมรม ที่มีการดำเนินกิจกรรม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในชุมชนประกอบด้วย กองทุนหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ 1 กลุ่ม กองทุนกลุ่มสตรีแม่บ้าน 1 กลุ่ม และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 กลุ่ม

5.2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

5.2.1 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในปี พ.ศ. 2565 ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,956 คน ร้อยละ 26.79 ของประชากรทั้งตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2566) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 82 คน ร้อยละ 4.19 ของประชากรผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นการดำเนินงานภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) โดยองค์การบริหารส่วนตำบลโนนทันมีการให้บริการผ่านทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว่า และโรงพยาบาลหนองเรือ มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Management) จำนวน 4 คน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30 คน ซึ่งผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับ

ผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง) โดยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนถูกทอดทิ้ง/ขาดผู้ดูแลร้อยละ 8.53 ผู้สูงอายุมีปัญหาทุพโภชนาการ/ขาดสารอาหารร้อยละ 6.09 ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีแผลกดทับร้อยละ 7.31 ผู้สูงอายุมีภาวะข้อยึดติดร้อยละ 9.75, ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 7.31 ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคี้ยวและกลืนอาหารร้อยละ 6.09 ผู้สูงอายุมีปัญหา/มีประวัติหกล้มร้อยละ 4.87 และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวร้อยละ 12.19 ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด โดยปัญหาหลักที่พบบ่อย คือ ผู้ดูแลบางคนอาจขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น การจัดการกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ทันสถานการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมักกระจายอยู่หลายแหล่ง ทำให้ผู้ดูแลขาดการเข้าถึงข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง หรืออาจสับสนกับข้อมูลที่ไม่เป็นทางการ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน, 2565)

5.2.2 แนวทางการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

1) ชั้นเตรียมการ

(1) **สำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่ท้องที่การบริหารส่วนตำบลโนนทัน และ** ประเมินการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้องค์การบริหารส่วนตำบลโนนทัน เพื่อดำเนินการต่อไป

(2) **ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จัดทำ Care Plan (CP) และปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (Care Conference) เพื่อ** ประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

(3) **จัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการพร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวฯต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโนนทัน**

2) ชั้นดำเนินงาน

(1) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จัดแบ่งผู้สูงอายุ ให้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำ Care Plan รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) 1 คนดูแล ผู้สูงอายุไม่เกิน 6 คนต่อวัน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ทำหน้าที่ให้บริการ สาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP

(2) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ทุก สัปดาห์

(3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ประเมินและ ทบทวน Care Plan ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ญาติ และอาจ ปรึกษาปัญหากรณีกับสหวิชาชีพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ประชุมทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เพื่อวางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยใช้เกณฑ์การเยี่ยมดังนี้

กลุ่มที่ 1 เยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง

กลุ่มที่ 2 เยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กลุ่มที่ 3 เยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กลุ่มที่ 4 เยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

(4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และสหสาขาวิชาชีพดำเนินการ ออกเยี่ยมและดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และสหสาขาวิชาชีพบันทึกรายงาน ตามแบบบันทึกข้อมูล

(6) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) สรุปและประเมินผลการดำเนินงานพร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะอนุกรรมการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต. โนนทัน ทราบ

(7) ประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุ ในรายที่ต้องการหรือมีความจำเป็นที่ ต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

(8) รายงานและติดตามประเมินผล ให้คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพ อบต.โนนทัน ทราบพร้อมกับรายงาน สปสช. ในการดำเนินงาน

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมงานวิจัย วรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

การศึกษาของ จินตนา ทองเพชร และชนภา สมใจ (2565) เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง 84 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 42 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาของ วิภาษนุช หาญบางและปาริชา นิพนานนท์ (2565) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้มีภาวะก่อนเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านดอนฮี อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ทำการคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 70 คนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการตามปกติจากหน่วยบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล การประยุกต์ใช้ข้อมูล ความรู้ การปฏิบัติตัว และเจตคติในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษาของ อัจฉรา ฤๅชา และคณะ (2563) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม คัดเลือกแบบสุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ นัยนา ธัญธาดาพันธ์ และคณะ (2563) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักต่อความรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ใน รพ. สตูล จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คนและกลุ่มทดลอง 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มยิ้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 30 คู่ และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน คือ กิจกรรมรู้ตนเอง กิจกรรมรู้บททวน กิจกรรมรู้แก้ไข) และกิจกรรมฉันทำได้และต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ วิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ (2558) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในความรับผิดชอบดูแล กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ครั้ง ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ผลวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นกัน ผลการวิจัยเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพนำโปรแกรมไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดูแล (Care giver) เช่น บุตร หรือญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การศึกษาของ Çiftci et al. (2023) ศึกษา The effect of health literacy and health empowerment on quality of life in the elderly เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศตุรกี จำนวน 981 คน พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับการเสริมพลังด้านสุขภาพ ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต และการเสริมพลังด้านสุขภาพมีบทบาทเป็นสื่อกลางของผลกระทบระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การศึกษาของ Pitchalard et al. (2022) ศึกษา Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand เป็นการศึกษา community-based participatory research (CBPR) โดยโปรแกรมการฝึกอบรม peer-training ได้รับการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และนักวิชาการพื้นบ้านทางไกลที่มีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพสูง โปรแกรมการฝึกอบรมแบบ peer-training ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วัน ซึ่งจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้ การสนับสนุนและการเสริมศักยภาพจากคนใกล้ขีด ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การแบ่งปันข้อมูลและการสื่อสาร และการเยี่ยมบ้าน โดยทำทดลองใน อสม. จำนวน 28 คน ในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ ความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งโปรแกรมการฝึกอบรมแบบ peer-training ช่วยยกระดับบริการด้านการดูแลสุขภาพของอสม. รวมถึงการให้สุขศึกษา การจัดการโรคเรื้อรัง ทักษะความเป็นผู้นำ และพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

การศึกษาของ Jafari et al. (2020) ศึกษา Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis เป็นการศึกษาที่ทดลองใน family caregivers จำนวน 70 ราย โดยกลุ่มให้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มทดลอง โปรแกรมการเสริมพลังโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางใน ระยะเวลา 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และ 3 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่ม

ทดลองเท่ากับ และ 3 เดือนหลังการแทรกแซง คະแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ Dharma et al. (2018) ศึกษา Increase in the functional capacity and quality of life among stroke patients by family caregiver empowerment program based on adaptation model โดยเป็นการศึกษา quasi-experimental research โดยทำการวัด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Design) ในกลุ่มตัวอย่าง 80 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในเดือนที่ 6 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.รูปแบบการการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม โดยทำการวัด 2 ครั้ง (Two Group Pretest - Posttest Design) โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามมาตรฐานปกติ ประเมินผลโดยการวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้



โดยกำหนดให้

O_1 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนการทดลอง

O₂ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน หลังการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Jafari et al. (2020) ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.848 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้ power of test ที่ระดับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากจากรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

2) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่ได้รับการพัฒนาจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่เทียบเท่า ทั้งนี้ การอบรมต้องมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติจริงต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ปี

3) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในความดูแลอย่างน้อย 1 คน และไม่เกิน 6 คนต่อวัน วันละไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง

4) สามารถ ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้

5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2.2 เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1) มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าร่วมโปรแกรม

2) ไม่สามารถสื่อสาร ให้ข้อมูลได้ตลอดการศึกษา

3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

3.2.3 กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรม การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขในตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 28 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

3.2.4 กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขในตำบลกุดกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 28 คน เลือกกลุ่มควบคุมเป็นพื้นที่ตำบลที่ไม่ใกล้ชิดกันเพื่อลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้พบและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยสุ่มเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองเพื่อเข้ากลุ่มควบคุม

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) มีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Pretest) และชี้แจงในการเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการวิจัย ระยะเวลา 2 ชม./ 1 วัน/สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้เปิดโอกาสได้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยมีการจัดแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 5 – 6 คน ระยะเวลา 2 ชม./ 1 วัน /สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) มีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 การให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือหลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 โดยเข้าฐานการเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้และมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 8 ชม./ 2 วัน / 1สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) มีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมนำสู่การปฏิบัติสนับสนุนความรู้ ความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสาธิตย้อนกลับถึงวิธีการปฏิบัติ โดยการทบทวนฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพ เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง การวางแผนและดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงการชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยการเยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยแบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 5 กลุ่มๆ ละ 6 คน ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 คน ใช้ระยะเวลาเยี่ยม 30 นาทีต่อคน รวมใช้เวลาประมาณ 3 ชม./ 1 วัน / สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) มีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 6 - 7, สัปดาห์ที่ 8 - 9 และสัปดาห์ที่ 10 - 11 เยี่ยมบ้านตามกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 - 5

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติ และร่วมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข รวมถึงการชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Post-test) ระยะเวลา 3 ชม./ 1 วัน / สัปดาห์

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยการกำหนดแบบสอบถามเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบเติมคำตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประยุกต์จากแบบสอบถามของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ 3) พฤติกรรมการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ 4) การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ 5) การจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ และ 6) การบอกต่อ จำนวน 6 ข้อ โดยแต่ละด้านมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีระดับการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเองตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านมีระดับการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเองตรงกับข้อความนั้นมาก

3 หมายถึง ท่านมีระดับการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเองตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

2 หมายถึง ท่านมีระดับการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเองตรงกับข้อความนั้นน้อย

1 หมายถึง ท่านมีระดับการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเองตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

การแปลผล

การแปลผลระดับคะแนนในแต่ละด้านและในภาพรวม โดยการประยุกต์จากเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ความรู้ด้านสุขภาพระดับดี คือ มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง คือ มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

ความรู้ด้านสุขภาพระดับปรับปรุง คือ มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ โดยแต่ละด้านมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับ (3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3 หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

2 หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นนานๆ ครั้ง

1 หมายถึง ท่านไม่เคยมีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น

การแปลผล

คิดค่าคะแนนจากอันตรภาคชั้น (Class Interval) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับดี ระดับปานกลางและระดับต่ำของคะแนน โดยอาศัยเกณฑ์คะแนนตามกลุ่มแนวคิดของ Best (1977) คำนวณจาก สูตรดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{60 - 20}{3} = 13.33$$

คะแนน (เฉลี่ย) ระดับพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวม

46.67 – 60.00 ระดับดี

33.34 – 46.66 ระดับปานกลาง

20.00 – 33.33 ระดับต่ำ

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.1 การหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index CVI)

5.1.1 ผู้วิจัยนำถามแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ท่าน
- 3) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (Care manager) จำนวน 1 ท่าน
- 4) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

รวมทั้งสิ้น 5 ท่าน เพื่อให้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ได้ลงความเห็นในแต่ละข้อคำถาม มีขั้นตอนดังนี้

- 1) การประเมินความคิดเห็นในแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เกี่ยวข้องเลย , 2 = เกี่ยวข้องบ้าง , 3 = เกี่ยวข้องเป็นส่วนใหญ่ , 4 = เกี่ยวข้องอย่างมาก,
- 2) การวิเคราะห์ความดัชนีตรงตามเนื้อหา (CVI) จะพิจารณาเป็นรายข้อ จากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ลงความคิดเห็น โดยจะพิจารณาข้อที่ลงความคิดเห็น 3 และ 4 มาบวกกัน แล้วหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ค่าที่ได้ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.8
- 3) ผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.99

จากนั้นนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษา ความชัดเจน ครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหาของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่น

5.2 การตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาเรียบร้อยแล้ว เสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความตรงตามจุดประสงค์และความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม พิจารณาด้านความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index ;CVI)

5.2.1 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอกุเวียง ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมที่คล้ายคลึงกันและมี

พื้นที่ใกล้เคียงกันกับการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item – Total Correlation) ซึ่งจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป หากข้อใดมีค่าน้อยกว่า 0.2 และมากกว่า 0.8 ต้องนำมาปรับปรุงข้อคำถาม และนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2560) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.7 ทุกด้าน รายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

รายการ	Item – Total Correlation	Cronbach's Alpha
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม		0.979
1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.678 – 0.777	0.882
1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.718 – 0.816	0.917
1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ	0.735 – 0.905	0.936
1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ	0.643 – 0.868	0.929
1.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง	0.716 – 0.876	0.926
1.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.648 – 0.849	0.901
2. พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	0.228 – 0.655	0.841

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ชั้นเตรียมการ

6.1.1 ผู้วิจัยประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน

พื้นที่ตำบลโนนทันและตำบลกุดกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

6.1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่ในการวิจัย และเก็บข้อมูลในการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลโนนทัน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว่า และตำบลกุดกว้าง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง

6.1.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ทั้งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ในรายละเอียดด้านต่างๆ และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว่า และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6.1.4 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็น care manager ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว่า อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น วิจัยโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ เตรียมอุปกรณ์ในระหว่างการทำกิจกรรม และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

6.2 ขั้นตอนการทดลอง

เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Pre-test) ในกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลอง

หลังจากได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มทดลองผู้วิจัยสำรวจคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ พัททษกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมจึงดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์คืน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่วางไว้

6.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 หลังจากได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยสำรวจคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยพิัททษกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ทำการศึกษา ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มแสดงความ

ยินยอมจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์คืน

สัปดาห์ที่ 2 - 11 กลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ได้รับความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือจากสื่อต่างๆ

สัปดาห์ที่ 12 กล่าวขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้ให้ความร่วมมือและสละเวลามีค่าในการเข้าร่วมและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

6.5 ชั้นหลังทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Post-test) ภายหลังจากทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) 23444 (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการอธิบายลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ประกอบด้วย

7.2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t- test และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann - Whitney U test

7.2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Pair T- test และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

8.จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยคำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักในการเคารพในส่วนบุคคล หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักยุติธรรม โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และป้องกันมิให้เกิดผลด้านลบต่อกลุ่มตัวอย่าง ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะนำเสนอเป็นภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น และได้รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 007/2567 ซึ่งออกให้ ณ วันที่ 2 เมษายน 2567 สิ้นสุดวันที่ 2 เมษายน 2568



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปกติ จำนวน 28 คน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนแล้ว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล
3. พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล
 - 4.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
 - 5.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 96.4 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.6 อายุเฉลี่ย 56.04 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.12 อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 56 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ คู่ จำนวน 21 คน ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ โสด/หม้ายหย่า/แยก จำนวน 7 คน ร้อยละ 25.0 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.6 รองลงมา คือ 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย จำนวน 24 คน ร้อยละ 85.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกร จำนวน 18 คน ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ รับจ้าง จำนวน 10 คน ร้อยละ 35.7 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.3 รองลงมา คือ ประถมศึกษา จำนวน 9 คน ร้อยละ 32.1 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 6 คน ร้อยละ 21.4 และอนุปริญญา/ ปวส. จำนวน 2 คน ร้อยละ 7.1 ส่วนใหญ่มีจำนวน ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ 4 คน จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.9 และ 2 คน จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.6 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.3 รองลงมามีปัญหาโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6 ร้อยละ 21.4 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ 1 – 5 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ 6 – 10 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 25.0 ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ ต้องการความรู้เรื่องโรค รองลงมา คือ การดูแลแผลกดทับ การดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น การดูแลทางเดินหายใจ การดูแลให้อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลช่องปากและฟัน ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.79 อายุต่ำสุด 44 ปี สูงสุด 65 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ คู่ จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ โสด/หม้ายหย่า/แยก จำนวน 3 คน ร้อยละ 10.7 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ คือ 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 16 คน ร้อยละ 57.1 รองลงมา ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย จำนวน 20 คน ร้อยละ 71.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกร จำนวน 20 คน ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ รับจ้าง จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.6 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.9 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน ร้อยละ 17.9 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 4 คน ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป จำนวน 20 คน ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ 2 คน จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.6 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น จำนวน 14 คน ร้อยละ 50.0 รองลงมามีปัญหาโรคประจำตัว

เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6 ร้อยละ 21.4 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ 6 – 10 ปี จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือ 1 – 5 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 32.1 ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ ต้องการความรู้เรื่องโรค รองลงมา คือ การดูแลแผลกดทับ การดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน การออกกำลังกาย การดูแลช่องปากและฟัน และการดูแลให้อาหาร ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง N = 28

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2 /$ t-test/ z test	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					1.018 ^b	1.00
ชาย	1	3.6	0	0.0		
หญิง	27	96.4	28	100.0		
2. อายุ (ปี)	$\bar{x}=56.04$ S.D =9.1 Max=56	Min=23	$\bar{x}=55.93$ S.D 5.79 Max=65	Min=44	1.598 ^c	0.958
3. สถานภาพสมรส					1.948 ^a	0.163
คู่	21	75.0	25	89.3		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	7	25.0	3	10.7		
4. รายได้ต่อเดือน (บาท)					3.259 ^a	0.196
ไม่เกิน 5,000 บาท	15	53.6	12	42.9		
5,001 – 10,000 บาท	11	39.3	16	57.1		
20,001 – 25,000 บาท	2	7.1	0	0.0		
5. รายได้ต่อเดือนเพียงพอต่อการใช้จ่าย					1.697 ^a	0.193
ไม่พอใช้	24	85.7	20	71.4		
พอใช้	4	14.3	8	28.6		
6. อาชีพ					4.909 ^a	0.027 [*]
เกษตรกร	18	64.3	25	89.3		
รับจ้าง	10	35.7	3	10.7		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2 /$ t-test/ z test	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
7. ระดับการศึกษา					8.929 ^a	0.030 [*]
ประถมศึกษา	9	32.1	19	67.9		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	21.4	5	17.9		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	39.3	4	14.3		
อนุปริญญา/ ปวส.	2	7.1	0	0.0		
8. จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล					0.418 ^d	0.676
2 คน	1	3.6	8	28.6		
4 คน	12	42.9	0	0.0		
5 คนขึ้นไป	15	53.6	20	71.4		
9. ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ					-	-
ไม่มีปัญหาอื่น	11	39.3	14	50.0		
โรคประจำตัว	6	21.4	6	21.4		
เข้าเสื่อม	4	14.3	1	3.6		
ติดเตียง	2	7.1	4	14.3		
หูหนวก	2	7.1	1	3.6		
อื่นๆ	3	10.7	2	7.1		
10. ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\bar{x}=4.64$ S. D =0.95 Max=7 Min=23		$\bar{x}=5.71$ S.D =0.94 Max=56 Min=7		3.735 ^d	.001
1 - 5 ปี	21	75.0	9	32.1		
6 - 10 ปี	7	25.0	19	67.9		
11. ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)					-	-
ความรู้เรื่องโรค	22	78.6	19	67.9		
การดูแลให้อาหาร	15	53.6	3	10.7		
การดูแลเมื่อเจ็บป่วย	19	67.9	15	53.6		
ฉุกเฉิน เช่น การดูแล ทางเดินหายใจ						

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2 /$ t-test/ z test	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การออกกำลังกาย	14	50.0	13	46.4		
การดูแลแผลกดทับ	20	71.4	10	35.7		
การดูแลช่องปากและฟัน	1	3.6	4	14.3		

* <.05, ^a Chi-square, ^b Fisher's Exact Test, ^c Independent t-test, ^d Mann-Whitney U test

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไป (Test for Homogeneity) ที่เป็นตัวแปร แฉงนับ ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ อาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-square กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงใช้สถิติ Fisher's Exact Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ จำนวน ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วย สถิติ Independent t-test กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ นัยสำคัญ .05 ยกเว้น อาชีพ (p-value = .027) ระดับการศึกษา (p-value = 0.030) และระยะเวลา การเป็นผู้ดูแล (p-value.001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

ตารางที่ 4.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) ในภาพรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	N = 28							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม								
ระดับปรับปรุง	0	0.0	27	96.4	0	0.0	25	89.3
ระดับปานกลาง	24	85.7	1	3.6	0	0.0	3	10.7
ระดับดี	4	14.3	0	0.0	28	100.0	0	0.0
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ								
ระดับปรับปรุง	1	3.6	19	67.9	0	0.0	19	67.9
ระดับปานกลาง	24	85.7	9	32.1	0	0.0	9	32.1
ระดับดี	3	10.7	0	0.0	28	100.0	0	0.0

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ								
ระดับปรับปรุง	0	0.0	16	57.1	0	0.0	13	46.4
ระดับปานกลาง	21	75.0	12	42.9	0	0.0	15	53.6
ระดับดี	7	25.0	0	0.0	28	100.0	0	0.0
4. ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ								
ระดับปรับปรุง	0	0.0	20	71.4	0	0.0	20	71.4
ระดับปานกลาง	19	67.9	8	28.6	0	0.0	8	28.6
ระดับดี	9	32.1	0	0.0	28	100.0	0	0.0
5. ด้านการตัดสินใจ								
ระดับปรับปรุง	0	0.0	26	92.9	0	0.0	26	92.9
ระดับปานกลาง	25	89.3	2	7.1	0	0.0	2	7.1
ระดับดี	3	10.7	0	0.0	28	100.0	0	0.0
6. ด้านการจัดการตนเอง								
ระดับปรับปรุง	0	0.0	26	92.9	0	0.0	20	71.4
ระดับปานกลาง	22	78.6	2	7.1	0	0.0	8	28.6
ระดับดี	6	21.4	0	0.0	28	100.0	0	0.0
7. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ								
ระดับปรับปรุง	0	0.0	26	92.9	0	0.0	12	42.9
ระดับปานกลาง	22	78.6	2	7.1	0	0.0	16	57.1
ระดับดี	6	21.4	0	0.0	28	100.0	0	0.0

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 4 คน ร้อยละ 14.3 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปรับปรุงจำนวน 27 คน ร้อยละ 96.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 1 คน ร้อยละ 3.6 ตามลำดับ หลังการทดลองโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวม ระดับดี จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงจำนวน 25 คน ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 3 คน ร้อยละ 10.7

สื่อสารด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับปรับปรุง มากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 71.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลางจำนวน 8 คน ร้อยละ 28.6

ด้านการตัดสินใจ พบว่า ก่อนการทดลองโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านการตัดสินใจในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 25 คน ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 10.7 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านการตัดสินใจในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงจำนวน 26 คน ร้อยละ 92.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 2 คน ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ หลังการทดลองโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองทั้งหมดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านการตัดสินใจในภาพรวม ระดับดี จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ด้านการตัดสินใจในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงจำนวน 26 คน ร้อยละ 92.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 2 คน ร้อยละ 7.1

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านการจัดการตนเองในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 22 คน ร้อยละ 78.6 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 6 คน ร้อยละ 21.4 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านการจัดการตนเองในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงจำนวน 26 คน ร้อยละ 92.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 2 คน ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้งหมดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านการจัดการตนเองในภาพรวม ระดับดี จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านการจัดการตนเองในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงจำนวน 20 คน ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 8 คน ร้อยละ 28.6

ด้านความรู้เท่าทันสื่อ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านความรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 22 คน ร้อยละ 78.6 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 6 คน ร้อยละ 21.4 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านความรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงจำนวน 26 คน ร้อยละ 92.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 2 คน ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้งหมดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านความรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม ระดับดี จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพฯ ด้านความรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 16 คน ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ ระดับปรับปรุงจำนวน 12 คน ร้อยละ 42.6 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตารางที่ 4.3 ระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) ในภาพรวม

N = 28

พฤติกรรมในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง	9	32.1	25	89.3	0	0.0	25	89.3
ระดับดี	19	67.9	3	10.7	28	100.0	3	10.7

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวม อยู่ในระดับดีมากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 9 คน ร้อยละ 32.1 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้งหมดมีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อยู่ในระดับดี จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ

4. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

4.1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การทดสอบการกระจายของข้อมูลผลต่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed

Ranks Test เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n =28) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

N = 28						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	median	IQR	z	p - value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม						
ก่อนทดลอง	132.82	7.01	130.5	7	4.63	.001*
หลังทดลอง	179.57	1.35	180	0		
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	17.57	1.53	17	2	4.65	.001*
หลังทดลอง	24.96	0.19	25	0		
ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	22.43	1.29	22	2	4.66	.001*
หลังทดลอง	29.93	0.26	30	0		
ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	22.50	2.12	22	3	4.64	.001*
หลังทดลอง	29.89	0.42	30	0		
ด้านการตัดสินใจ						
ก่อนทดลอง	25.54	1.73	25	1	4.68	.001*
หลังทดลอง	34.82	0.61	35	0		
ด้านการจัดการตนเอง						
ก่อนทดลอง	22.39	2.22	22	2	4.64	.001*
หลังทดลอง	29.96	0.19	30	0		
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ						
ก่อนทดลอง	22.39	2.18	22	2	4.65	.001*
หลังทดลอง	30.0	0.0	30	0		

*p-value < .05

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 132.82 คะแนน (S.D. = 7.01) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 179.57 (S.D. = 1.35) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มทดลองทั้งในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 17.57 คะแนน (S.D. = 1.53) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 24.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 22.43 คะแนน (S.D. = 1.29) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 29.93 (S.D. = 0.26) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ เท่ากับ 22.50 คะแนน (S.D. = 2.12) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ เท่ากับ 29.89 (S.D. = 0.42) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารด้านสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ เท่ากับ 25.54 คะแนน (S.D. = 1.73) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ เท่ากับ 34.82 (S.D. = 0.61) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง เท่ากับ 22.39 คะแนน (S.D. = 2.22) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง เท่ากับ 29.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 22.39 คะแนน (S.D. = 2.18) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 30.0 (S.D. = 0.0) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การทดสอบการกระจายของข้อมูลผลต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ข้อมูลทุกด้านมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ดังนั้น ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

N = 28

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	Median	IQR	Mean Rank	z	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม							
กลุ่มทดลอง	179.57	1.35	180	0	42.50	6.76	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	102.71	3.70	102	2	14.50		
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง	24.96	0.19	25	0	42.50	6.89	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.14	0.97	14	1	14.50		
ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง	29.93	0.26	30	0	42.50	6.16	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.71	1.15	18	1	14.50		
ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง	29.89	0.42	30	0	42.50	6.88	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.86	1.38	16	2	14.50		
ด้านการตัดสินใจ							
กลุ่มทดลอง	34.82	0.61	35	0	42.50	7.04	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	19.21	0.88	19	0	14.50		
ด้านการจัดการตนเอง							
กลุ่มทดลอง	29.96	0.19	30	0	42.50	6.93	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.50	1.17	17	1	14.50		
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ							
กลุ่มทดลอง	30.0	0.0	30	0	42.50	6.94	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.29	1.27	18	1	14.50		

*p-value < .05

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 179.57 (S.D. = 1.35) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 102.71 (S.D. = 3.70) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ๆ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 30.0 (S.D. = 0.0) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 17.29 (S.D. = 1.27) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

5.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

5.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การทดสอบการกระจายของข้อมูลผลต่างของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Dependent t-test (Paired t-test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n=28) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Dependent t-test (Paired t-test)

N = 28				
พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	\bar{x}	S.D.	t	p - value
ก่อนทดลอง	48.57	3.82	15.77	.001*
หลังทดลอง	59.96	0.19		

*p-value < .05

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เท่ากับ 48.57 คะแนน (S.D. = 3.82) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการเข้าร่วม

โปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001, 95% CI : 9.10 – 12.88)

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การทดสอบการกระจายของข้อมูลผลต่างของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ดังนั้น ใช้สถิติ Mann-Whitney U ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U

พฤติกรรมในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	\bar{x}	S.D.	median	IQR	Mean rank	z	p - value
กลุ่มทดลอง	59.96	0.19	60	0	42.50	6.89	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.61	2.27	44	3	14.50		

*p-value < .05

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เท่ากับ 43.61 (S.D. = 2.27) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1.สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 28 คน โดย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Jafari et al. (2020) ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.848 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้ power of test ที่ระดับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random Sampling) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขในตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 28 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดย

ใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขในตำบลทุกกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 28 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) กิจกรรม ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Pretest) และชี้แจงในการเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลา 2 ชม./ 1 วัน/ สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา วิเคราะห์และร่วมกันค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา โดยมีการจัดแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 5 – 6 คน ระยะเวลา 2 ชม./ 1 วัน / สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) กิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 3 การให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือหลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 โดยเข้าฐานการเรียนรู้ เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้และมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 8 ชม./ 2 วัน / 1 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) กิจกรรม ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 4-5 การสนับสนุนความรู้ ความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสาธิตย้อนกลับถึงวิธีการปฏิบัติ โดยการทบทวนและฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพ การวางแผนและดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงการชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยการเยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยแบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 5 กลุ่มๆ ละ 6 คน ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 คน ใช้ระยะเวลาเยี่ยม 30 นาทีต่อคน รวมใช้เวลาประมาณ 3 ชม../ 1 วัน / สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 6 - 7, สัปดาห์ที่ 8 - 9 และสัปดาห์ที่ 10 - 11 เยี่ยมบ้านตามกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 - 5

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) กิจกรรม ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 12 การปฏิบัติที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติ และร่วม

วิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข รวมถึงการชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Post-test) ระยะเวลา 3 ชม./ 1 วัน / สัปดาห์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 6 ด้าน และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.99 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.7 ทุกด้าน

1.2.3 การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) *ระยะก่อนการทดลอง* จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เลขที่ 007/2567 และขอความอนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่ในการวิจัย และเก็บข้อมูลในการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลโนนทัน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้า และตำบลกุดกว้าง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็น care manager ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้า อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ เตรียมอุปกรณ์ในระหว่างการทำกิจกรรม และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Pre-test) ในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) *ระยะทดลอง* กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ จำนวนกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนทัน และกิจกรรมฝึกพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง

3) *ระยะหลังการทดลอง* เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Post-test) ภายหลังจากทดลอง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ

1) *สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)* ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการอธิบายลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่

2) *สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)* ประกอบด้วย

2.1) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ T- test Independent และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

2.2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Pair T- test และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann - Whitney U test

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.4 อายุเฉลี่ย 56.04 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.12 อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 56 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ คู่ ร้อยละ 75.0 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 53.6 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 85.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 64.3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 39.3 มีจำนวน ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ร้อยละ 39.3 รองลงมามีปัญหาโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ 1 – 5 ปี ร้อยละ 75.0 ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ ต้องการความรู้เรื่องโรค รองลงมา คือ การดูแลแผลกดทับ การดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น การดูแลทางเดินหายใจ การดูแลให้อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลช่องปากและฟัน ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.79 อายุต่ำสุด 44 ปี สูงสุด 65 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 89.3

รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ คือ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 71.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 71.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.9 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 71.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ร้อยละ 50.0 รองลงมามีปัญหาโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ 6 – 10 ปี ร้อยละ 67. ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ ต้องการความรู้เรื่องโรค รองลงมา คือ การดูแลแผลกดทับ การดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน การออกกำลังกาย การดูแลช่องปากและฟัน และการดูแลให้อาหารตามลำดับ

1.3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวม พบว่า ก่อนการทดลองโปรแกรมการฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 14.3 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงร้อยละ 96.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 3.6 ตามลำดับ หลังการทดลองโปรแกรมการฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวม ระดับดี ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 10.7 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองโปรแกรมการฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 10.7 และระดับปรับปรุงร้อยละ 3.6 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงร้อยละ 67.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 32.1 หลังการทดลองโปรแกรมการฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวม ระดับดี ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงร้อยละ 67.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 32.1 ตามลำดับ

ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองโปรแกรมการฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 25.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้

78.6 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 21.4 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ด้านการรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 92.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 7.1 ตามลำดับ หลังการทดลองโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม ระดับดี ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ ระดับปรับปรุงร้อยละ 42.6 ตามลำดับ

1.3.3 พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล พบว่า ก่อนการทดลองโปรแกรมการฯ กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ หลังการทดลองโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในระดับดี ร้อยละ 100.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ

1.3.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 132.82 คะแนน (S.D. = 7.01) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 179.57 (S.D. = 1.35) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 17.57 คะแนน (S.D. = 1.53) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 24.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้าน

จัดการตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 22.39 คะแนน (S.D. = 2.18) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 30.0 (S.D. = 0.0) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 179.57 (S.D. = 1.35) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 102.71 (S.D. = 3.70) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 24.96 (S.D. = 0.19) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 14.14 (S.D. = 0.97) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 29.93 (S.D. = 0.26) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 17.71 (S.D. = 1.15) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001, 95% CI : 9.10 – 12.88)

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 43.61 (S.D. = 2.27) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001)

2.อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย โดยจะแยกตามตัวแปรตามที่ศึกษา ดังนี้

2.1 ความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 132.82 คะแนน (S.D. = 7.01) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 179.57 (S.D. = 1.35) เมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001) และหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 102.71 (S.D. = 3.70) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ระดับ

นัยสำคัญ .05 (p-value .001) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีขั้นตอนการเรียนรู้ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ภายใต้กิจกรรม “ถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน” มีการสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้เปิดโอกาส ได้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านมา ในกิจกรรมการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 – 2 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) มีกิจกรรมการให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือหลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 มีการใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้และมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) มีกิจกรรมนำสู่การปฏิบัติสนับสนุนความรู้ ความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสาธิตย้อนกลับถึงวิธีการปฏิบัติ โดยการทบทวนฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพ เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง การวางแผนและดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย และมีการกระตุ้นการปฏิบัติให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตัวเองอย่างสม่ำเสมอ ในสัปดาห์ที่ 4-5 และมีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 6 – 11 และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) มีกิจกรรมการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติ และร่วมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข รวมถึงการชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ 12

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1995) โดยเน้นให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสร้างความตระหนักต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ กระบวนการนี้มีลักษณะพลวัต (Dynamic) และดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กิจกรรมดำเนินตามขั้นตอนการเรียนรู้ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) การช่วยให้ผู้ดูแลมองเห็นและเข้าใจปัญหาหรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การกระตุ้นให้ผู้ดูแลพิจารณาและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหาแนวทางแก้ไข การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม: การสนับสนุนให้ผู้ดูแลวางแผนและเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การสร้างแรงจูงใจและความมั่นคงใน

พฤติกรรมการดูแลที่ดี เมื่อผู้ดูแลผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้จะส่งผลให้พัฒนาคุณลักษณะและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และบรรลุเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษา วิภาชนุช หาญบางและปารีชา นิพพานนทร์ (2565) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในตำบลบ้านดอนซี อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล การประยุกต์ใช้ข้อมูล ความรู้ การปฏิบัติตัว สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .05$) และการศึกษาของ จินตนา ทองเพชร และชนาภา สมใจ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p\text{-value} < .05$) และการศึกษาของ Jafari et al. (2020) ศึกษา Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} .001$) ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นแนวคิดสำคัญที่พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และมีความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-control) แนวทางนี้ยังช่วยกระตุ้นแรงจูงใจ (Motivation) ส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning) และเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบในการเป็นผู้นำชีวิตของตนเอง (Sense of mastery) นอกจากนี้ การสร้างเสริมพลังอำนาจยังช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Sense of connectedness) พัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved quality of life) และสนับสนุนสุขภาพที่ดีขึ้น ร่วมกับการสร้างจิตสำนึกในด้านความยุติธรรมทางสังคม (Sense of social justice) เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและสมดุลในทุกมิติ (กุนนที พุ่มสงวน, 2557)

2.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ และและกลุ่มเปรียบเทียบ

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 48.57 คะแนน (S.D. = 3.82) หลังการเข้าร่วม

โปรแกรมฯ เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001, 95% CI : 9.10 – 12.88) และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 43.61 (S.D. = 2.27) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value .001) โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ดำเนินการผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลอย่างเหมาะสม โดยใช้กิจกรรมที่อ้างอิงตามคู่มือหลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 ภายใต้แนวทางการใช้ฐานการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กระบวนการนี้ยังรวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อฝึกพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งให้คำแนะนำและกระตุ้นความมั่นใจในตนเองอย่างต่อเนื่อง การฝึกปฏิบัติและการทบทวนพฤติกรรมเป็นประจำ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะและพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลพบว่า มีพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของกระบวนการเรียนรู้ และกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เป็นการพัฒนาความสามารถหรือของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้ตอบซักถาม จนสามารถประเมินตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และแนวคิดแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพของชีวิต ให้บุคคล ตระหนักในศักยภาพของตนเองเพื่อให้เกิดพิจารณาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย โดยการดำเนินกิจกรรมตามกรอบแนวคิด เลย์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงสามารถพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา เพ็งแสงเยี่ยม และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติดูแล

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < .05) และการศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยวดี รอดจากภัย (2560) พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < .05) และการศึกษาของ นัยนา ธัญธาดาพันธ์ และคณะ (2563) พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < .05) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลโดยเฉพาะในขั้นตอนที่เน้นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การร่วมกันพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์เฉพาะบุคคล แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โปรแกรมดังกล่าวมีศักยภาพในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะยาวอย่างยั่งยืน

3.1.2 ควรขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในการวิจัยกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ อื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุทั่วไป โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ และขยายผลไปพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

3.1.3 ควรบูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเข้าไปในกระบวนการอบรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน การดำเนินการนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

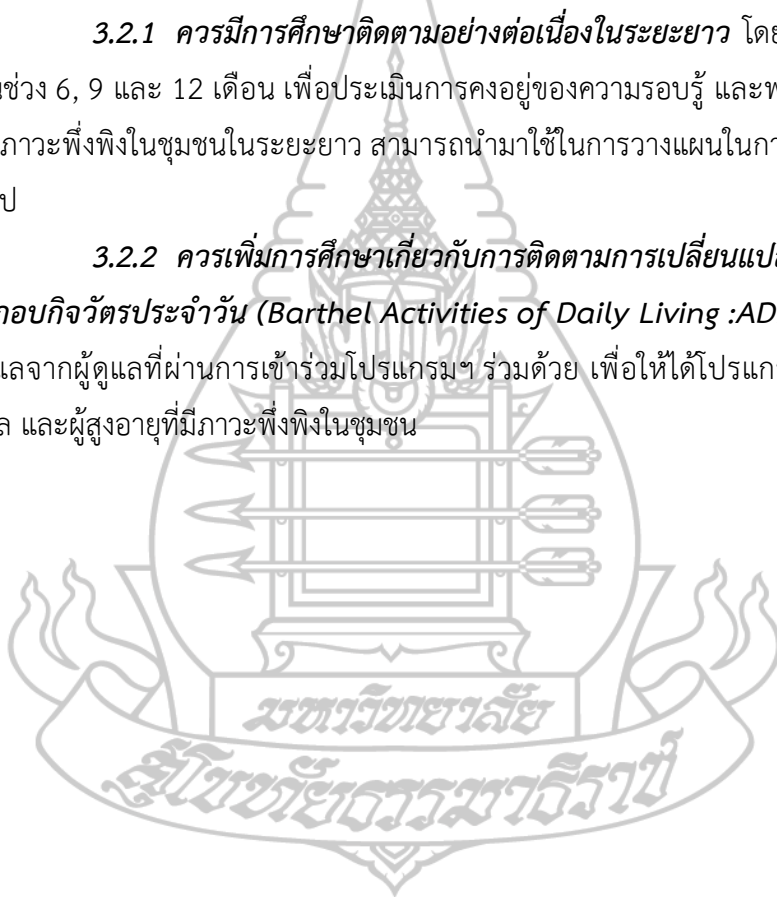
สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนอย่างเหมาะสม และเป็นการสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืนในระยะยาว

3.1.4 Care Manager ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นกลุ่มติดบ้าน

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรอบรู้ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในระยะยาว สามารถนำมาใช้ในการวางแผนในการจัดกิจกรรมให้มีคุณภาพต่อไป

3.2.2 ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมด้วย เพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสมทั้งสำหรับผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ:บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน)
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. (ออนไลน์) 2564 เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2566 จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. (ออนไลน์) 2564 เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2566 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/466>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. *สถิติผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์) 2565 เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2566 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Individual Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563) *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy (HL)*. เอกสารเผยแพร่โดย เกษม เวชสุทธานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์) 2563. เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2566 จาก <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi-hl/download/?did=198252&id=53125&reload=>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กุนนที พุ่มสงวน.(2557) *การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561) .*
- คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ยีนยงการพิมพ์ จำกัด.*
- จินตนา ทองเพชร,ชานาภา สมใจ.(2565). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก,33(2).*
- นัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณุการ์ ทองคำรอด,บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี.(2563) *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของ*

- ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ,13(2)
- น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี.วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24 (2)
- นิตย์ ทศนิยม และสมพนธ์ทัศนียม. การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2560). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- ประเสริฐ สาวิรัมย์.(2565).การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร“CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16 (1)
- พินทุสร โพธิ์อุไร (2562) แนวคิดว่าด้วยการเสริมพลังชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ.วารสารพัฒนาสังคม, 21(2)
- มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณิชฎิมา แก้วอำไพ,วิไลพร คลีกร.(2566).การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9,17(1)
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564.นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาณุ อดกลั่น (ออนไลน์) 2555) *ทฤษฎีการสูงอายุ*.เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2566 จาก http://110.164.51.230/manage/Research_pic/20121111035019.pdf
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 12(3), 437-451
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน.(2565).รายงานผลการดำเนินงานการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลโนนทัน ปีงบประมาณ 2565.
- วรวุฒิ สุวรรณระดา และคณะ. (2565).โครงการการทบทวน สังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุไทย.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

- วิภา เพ็งเสี้ยม, พัชราภรณ์ ไชยสังข์, ปัญจภรณ์ ยะเกษม. (2558) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(1).
- วิภาชนูช หาญบาง, ปาริชา นิพพานนท์.(2565) ผลของการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้มีภาวะก่อนเบาหวาน ในตำบลบ้านดอนชี อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการ สคร. ,9(28).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.ปิรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565 (ออนไลน์) 2566 เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2566 จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddd23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 (The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand). กรุงเทพฯ:กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง,มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ :การวัดและการพัฒนา . กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, ภักดี โพธิ์สิงห์.(2560).การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0.วารสารวิชาการธรรมทรรศน์: 17 (3).
- อชรา ฤชา, สุบิน สมิน้อย, วิภาดา คณະไชย, สาคร บุปผาเฮ้า, รัชชะฎา ธารจันทร์. (2563).ประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย,1(1)
- Çiftci, N., Yıldız, M., & Yıldırım, Ö. (2023). *The effect of health literacy and health empowerment on quality of life in the elderly. Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 23(4), 609–620.*
<https://doi.org/10.1111/psyg.12969>
- Dharma, K. K., Damhudi, D., Yarden, N., & Haeriyanto, S. (2018). *Increase in the functional capacity and quality of life among stroke patients by family caregiver empowerment program based on adaptation model. International*

journal of nursing sciences, 5(4), 357–364.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.002>

Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children*. Boston College Dissertations and Theses, AAI9402789.

Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); PMID: 25009856.

Jafari, Y., Tehrani, H., Esmaily, H., Shariati, M., & Vahedian-Shahroodi, M. (2020). *Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis*. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(4), 956–963. <https://doi.org/10.1111/scs.12803>

Nutbeam D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. *Soc Sci Med*, 67(12): 2072– 2078.

Pitchalard, K., Moonpanane, K., Wimolphan, P., Singkhorn, O., & Wongsurapakit, S. (2022). *Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand*. *International journal of nursing sciences*, 9(3), 328–333. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.011>

Rootman I. (2009). *Health literacy, what should we do about it?* Presentation the faculty of education at the university of victoria. british. Columbia: Canada Personal Communication.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health* 2012; 12(80) doi.org/10.1186/1471-2458-12-80



ภาคผนวก



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจรรย์ญา ดาก่ำ
วัน เดือน ปี เกิด	17 กันยายน 2535
สถานที่เกิด	อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
ประวัติ	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2561
การศึกษา	
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

