

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแล ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

นภาพุช บุญศิริมงคล*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของกลุ่มผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม 2) เปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม 3) เปรียบเทียบระดับความสามารถของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมจำนวน 30 คน เป็นการวิจัย ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยกึ่งทดลอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล และระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.37$) ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 18.50$) อยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.79$) ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 4.55$) อยู่ในระดับสูง ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 7.07 ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.40 ซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะของผู้ดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาทักษะสำหรับผู้ดูแลในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง, โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแล, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด

Corresponding Author: Napanuch Boonsirimongkon E-mail: napanuchnoi@gmail.com

Received: 26 August 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 28 December 2024

Effectiveness of the program for developing skills in caring for the elderly regarding dependency on care skills of caregivers
in the area of Pa Daet District, Chiang Rai Province

Effectiveness of the program for developing skills in caring for the elderly regarding dependency on care skills of caregivers in the area of Pa Daet District, Chiang Rai Province

Napanuch Boonsirimongkon *

ABSTRACT

This study aimed to 1) compare caregivers' knowledge of caring for dependent elderly individuals before and after participating in the program, 2) compare caregivers' skills in caring for dependent elderly individuals before and after the program, and 3) compare the daily living activities (ADL) capability levels of dependent elderly individuals before and after the program. The study involved 30 participants and employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest approach. Research instruments included a personal factor questionnaire, a knowledge assessment on elderly care, a caregiver skills evaluation, and an ADL assessment for dependent elderly individuals. Data was analyzed using descriptive statistics such as percentages, mean, standard deviation, and inferential statistics with the paired t-test.

The results showed that caregivers' knowledge of dependent elderly care improved from a moderate level ($\bar{x} = 13.37$) before the program to a high level ($\bar{x} = 18.50$) after the program, with a statistically significant difference at the 0.01 level. Caregivers' skills in caring for dependent elderly individuals improved from a moderate level ($\bar{x} = 2.79$) before the program to a high level ($\bar{x} = 4.55$) after the program, with a statistically significant difference at the 0.01 level. The daily living activities (ADL) capability of dependent elderly individuals improved from an average score of 7.07 before the program to 8.40 after the program, with a statistically significant difference at the 0.01 level.

These findings indicate that the skill development program for caring for dependent elderly individuals effectively enhances caregivers' knowledge and skills and improves the ADL capabilities of dependent elderly individuals. The program can serve as a guideline for designing future activities aimed at developing caregivers' skills.

Keywords: Dependent Elderly Individuals, Caregiver Skill Development Program, ADL

* Pa Daet Subdistrict Health Promotion Hospital

Corresponding Author: Napanuch Boonsirimongkon E-mail: napanuchnoi@gmail.com

Received: 26 August 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 28 December 2024

บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยซึ่งก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2458 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ.2564 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ¹ โดยอัตราความชุกของผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง 5 ปีย้อนหลังพบอัตราความชุกลดลงในปีพ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2562 คือ 562.50, 551.79 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับและเริ่มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2563 - พ.ศ. 2564 คือ 569.65, 586.98 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจำนวนประชากรสูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี² เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทยอาจก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อสถานะทางสังคม เศรษฐกิจและระบบบริการนำไปสู่ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านติดเตียง (Elderly bedridden)³

จังหวัดเชียงราย เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากเป็นอันดับที่ 8 ของประเทศ จากรายงานสถิติจังหวัดเชียงรายพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ.2567มีประชากรสูงอายุ 255,245 คน คิดเป็นร้อยละ 19.65 ของประชากรทั้งหมด ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด ข้อมูลจาก Data

center จังหวัดเชียงรายพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 5,037 คนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 5,839 คน ในปีพ.ศ.2566 และปัจจุบันอำเภอป่าแดดมีผู้สูงอายุจำนวน 6,303 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในตำบลป่าแดดที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีจาก 1,377 คน ในปี พ.ศ.2563 เพิ่มขึ้นเป็น 1,673 คน ในปี พ.ศ.2567² จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงมากจากปี พ.ศ. 2565 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 2.21 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.50 ในปี พ.ศ. 2566 และปี พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.56² จะเห็นได้ว่าเป็นการเพิ่มจำนวนขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็นสองเท่าตัว แต่การดูแลผู้สูงอายุยังเป็นระบบเดิม ไม่สามารถแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันให้เหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุและปัญหาผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนมากขึ้น หากยังไม่มีมีการปรับระบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ก็อาจส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล หรือขยายเป็นปัญหาลูกกลามในวงกว้าง ระดับอำเภอ จังหวัดและระดับประเทศได้ ดังนั้นจึงได้มีแนวคิด ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้านอย่างเป็นระบบ โดยครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง เพื่อบรรเทาและดูแลประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ร่างกาย

ทรุคโตรม เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมบางส่วนเริ่มเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และเพิ่มจำนวนมากขึ้นในทุกๆปี

ระบบการดูแลระยะยาว (long term care : LTC) เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน หลักการสำคัญของการพัฒนา ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) เข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวอย่างเหมาะสม 2) การสนับสนุนการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน 3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวโดยอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพ 4) ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

การพัฒนาศักยภาพบุคคลถึงระดับครอบครัวและชุมชน ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่คู่สมรส บุตรปิตามารดาญาติใกล้ชิดหรืออาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อนที่รับภาระเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่จะทำโดย พ่อแม่ พี่น้องหรือญาติเนื่องจากบริบทเป็นสังคมที่อยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันเป็นอย่างดี แต่ในปัจจุบันด้วยความเจริญก้าวหน้า วิถีชีวิตของสังคมเปลี่ยนไปสู่สังคมเดี่ยวมากขึ้น การดำเนินชีวิตลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ซึ่งมีลักษณะคล้ายสังคมของประเทศที่พัฒนาแล้ว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เป็นคู่สมรส บุตร ปิตามารดา ญาติใกล้ชิดหรืออาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็น

จะต้องมีการปรับตัวโดยเฉพาะผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ นอกเหนือจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ และเป็นบทบาทที่ต้องกระทำโดยที่ไม่ได้เตรียมตัว ดังนั้นต้องมีการเพิ่มศักยภาพทักษะของผู้ดูแลให้มีสมรรถนะตรงตามความต้องการและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพหลากหลายด้าน โดยผู้ดูแลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในการดูแลโดยตรงและการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุและในบางครอบครัวผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน การที่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุดีขึ้น รวมทั้งหากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลง⁴ การที่กลุ่มผู้ดูแลมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุและทักษะการดูแลที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมและยอมทำให้ผู้สูงอายุ เกิดสุขภาวะที่ดี หากการดูแลไม่ถูกต้องสามารถนำไปสู่ความพิการของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นหรือ ที่ร้ายแรงกว่านั้นอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้อีกด้วยในขณะที่บางรายของผู้สูงอายุหากได้รับการดูแลที่ดีและถูกต้องผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น⁵ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีวิธีดำเนินการส่งเสริมให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อปรับมุมมองทัศนคติในการดูแลรวมถึงการพัฒนาทักษะในการดูแล เพื่อนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการจัดโปรแกรมที่อบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบภาพรวม แต่ยังขาดในส่วนของการให้ความรู้ในเรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หลักการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการฝึกทักษะการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 13 ทักษะ ประกอบด้วย การให้ยาทางปาก การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน การวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การเช็ดตัวลดไข้ การทำแผลแห้ง การทำแผลเปียก การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การกระตุ้น ป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจการนำแนวคิดการรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) ซึ่งประสบการณ์ที่ได้รับจากการเจ็บป่วยในรูปแบบต่างๆ ทำให้บุคคลมีการรับรู้สุขภาพที่แตกต่างกัน⁶ แนวคิดการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนของ Bandura (Self-efficacy) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคม⁷ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁸ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ให้สามารถพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย นำไปสู่การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล การอบรมพัฒนาทักษะของผู้ดูแล และเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลที่พบจากประสบการณ์ของตนเองได้อย่างตรงจุดและตรงประเด็น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีผลต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัย ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
2. กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-PowerMac โดยกำหนด

ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 $\alpha = 0.05$

power = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

1. การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแล

กิจกรรมบอกเล่าโดยใช้ข้อมูลทักษะการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างประสบอยู่ปัจจุบันเป็นตัวนำไปสู่การรับรู้ด้านสุขภาพบรรยายให้ความรู้เรื่องความหมายของผู้สูงอายุธรรมชาติของช่วงวัยบรรยายให้ความรู้และสาธิตทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

2. ดูแล ใส่ใจ อภัยได้ ไม่ซึมเศร้า กินข้าวได้

กิจกรรมนำโดยผู้วิจัยและทีมสหเวชเริ่มอบรมเชิงปฏิบัติการ อบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง

3. การกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการให้คำปรึกษา

กิจกรรม ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยและทีมสหเวช (15 -30 นาทีต่อคน) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สะท้อนความคิดระหว่างนักวิจัยและผู้ดูแล

4. การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการทานอาหาร ดูแลสุขภาพช่องปาก การอาบน้ำและแต่งตัว การออกกำลังกาย กิจกรรมคลายเครียด การทานยา ที่จำเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำแนวคิดแนวคิดการรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) ร่วมกับการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ใช้เวลา 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยปัจจัย

ส่วนบุคคล ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ศาสนา สถานภาพสมรส เพศ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ประสบการณ์ในการ

ดูแลผู้สูงอายุ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ 2) โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 3) การจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อโดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบถูก ผิด และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน สำหรับคะแนนรวมของการทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ในช่วง 0-20 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁹ ดังนี้

ระดับสูง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100 (คะแนนตั้งแต่ 16-20 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับสูง
ระดับปานกลาง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนตั้งแต่ 0-11 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การให้ยาทางปาก 2) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน 3) การวัดอุณหภูมิ 4) การวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ 5) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 6) การเช็ดตัวลดไข้ 7) การทำแผลแห้ง 8) การทำแผลเปียก 9) การดูแลเสมหะ 10) การให้อาหารทางสายยาง 11) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย 12) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

13) การกระตุ้น ป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด คะแนน 5 ปฏิบัติมาก คะแนน 4 ปฏิบัติปานกลาง คะแนน 3 ปฏิบัติน้อย คะแนน 2

ปฏิบัติน้อยที่สุด คะแนน 1 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ทักษะระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67-5.00

ทักษะระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34-3.66

ทักษะระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) ใช้เกณฑ์การให้คะแนนรวม ADL 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พึ่งตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองได้บ้าง พึ่งตนเองได้ ดังนี้พึ่งพาตนเองไม่ได้ = 0 - 4 คะแนน พึ่งพาตนเองได้บ้าง = 5 -11 คะแนน พึ่งตนเองได้ = 12- 20 คะแนน

นำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) กับผู้สูงอายุตำบลป่าแงะ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้แบบเลือกตอบนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สถิติ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.88

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้ลงนามในแบบฟอร์ม การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) โดยประเมินความรู้ ทักษะ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยทบทวนวรรณกรรม ทั้งในและต่างประเทศ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

4. จัดอบรมอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5. ประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยการรวบรวมข้อมูล ความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลจำนวน 30 รายและรวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

และการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแล และระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 24/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.30 เพศชายร้อยละ 16.70 อายุเฉลี่ย 50.53 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกันร้อยละ 60.00 โสด ร้อยละ 20 หม้าย / หย่าร้าง ร้อยละ 20 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 43.30 อนุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 6.7 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.30 แม่บ้านทำงานบ้านตนเองร้อยละ 36.70 รับจ้างร้อยละ 13.30 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 6.70 รายได้เฉลี่ย 4,120 บาท ประสพการณ์การดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ย 3.33 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล พ่อ/แม่ ร้อยละ 60.00 ปู่ย่า / ตายาย ร้อยละ 33.33 ผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 6.70

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในกลุ่ม

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.37$) เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้มีความรู้ระดับสูง ($\bar{X} = 18.50$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทักษะ 1) การให้ยาทางปาก 2) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน 3) การวัดอุณหภูมิ 4) การวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ 5) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 6) การเช็ดตัวลดไข้ 7) การทำแผลแห้ง 8) การทำแผลเปียก 9) การดูดเสมหะ 10) การให้อาหารทางสายยาง 11) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย 12) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 13) การกระตุ้นป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่ม

ตัวอย่างมีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.79$) เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลส่งผลให้มีความรู้ระดับสูง ($\bar{X} = 4.55$) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ผลการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) โดยในกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง (ADL) โดยก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ($\bar{X} = 7.07$) เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้มีความรู้ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ($\bar{X} = 8.40$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน (n= 30)		หลัง (n= 30)		p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	13.37	1.54	18.50	1.22	<0.001**

**Significant at p-value <0.01

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	ก่อน (n= 30)		หลัง (n= 30)		p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	2.79	0.18	4.55	0.23	<0.001**

**Significant at p-value <0.01

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	ก่อน (n= 30)		หลัง (n= 30)		p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	7.07	2.84	8.40	3.36	<0.001*

**Significant at p-value <0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจากการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 13.37$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 18.50$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิวรรณ จารุพรประสิทธิ์ และคณะ¹⁰ ศึกษางานวิจัย ความสัมพันธ์ของความรู้ในการดูแลมีผลกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลพบว่า การให้ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล และจากการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง ซึ่งต่างจากญาติผู้ดูแลที่ไม่มี

ความรู้ในการดูแล ญาติจะไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแลใด ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ

2. ทักษะในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจากการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 2.79$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 4.55$) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล¹¹ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน ศึกษางานวิจัยประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยประยุกต์ใช้แนวคิด การรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) การเสริมสร้างความสามารถ แห่งตนของ Bandura (Self-efficacy) และแนวคิดการเสริมสร้าง

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

พลังอำนาจ (Empowerment) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลอง และจากการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีคะแนนทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติการดูแลและสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง

3. ระดับความสามารถของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ในพื้นที่ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 7.07$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 8.40$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล¹¹ ศึกษาวิจัยประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากโดยประยุกต์ใช้ แนวคิดการรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) การเสริมสร้างความสามารถ แห่งตนของ Bandura (Self-efficacy) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจากการนำโปรแกรมการ

พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีความรู้เพิ่มขึ้น และมีคะแนนทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลป่าแดด ทีมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดดที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยและ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล และมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลมีประสิทธิผลในด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

2. จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง บางประเด็นจะสำเร็จตามเป้าหมายได้นั้นควรเน้นทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยเฉพาะผู้นำชุมชน อาสาสมัคร

ประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบล เข้ามามีส่วนร่วมที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนกิจกรรมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงบางคน มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การฝึกทักษะในการดูแล ต้องใช้เวลาเรียนรู้ หรือต้องฝึกปฏิบัติหลายๆ ครั้ง ช่วงแรกของการปฏิบัติจะไม่มี ความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลควรมีการเพิ่มความ รู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงด้านจิตใจและเพิ่มทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงด้าน ช่องปาก

2. ควรมีการปรับปรุงเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้ เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

3. ควรมีการศึกษาการติดตามประเมิน ประสิทธิภาพโปรแกรมในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อ ติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ระดับความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวน ร้อยละ และอัตรา ของประชากรสูงอายุ จำแนกตามเพศ จังหวัด และ ภาค พ.ศ. 2564 (สสช.สำรวจทุก 3 ปี) [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร: [ม.ป.พ.] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1

เม.ย.2567].เข้าถึงได้จาก

http://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?%2Fnsoweb%2Fstatistics

2. กระทรวงสาธารณสุข.จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต].นทพบุรี [ม.ป.พ.] 2565

[เข้าถึงเมื่อ1 เม.ย.2567].เข้าถึงได้จาก https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51

3. Vicha S, Manop N, Srirungrueng S, Saowapha B, Sriphattarangkul S, Tabutwong N,et al. Development of a health service network system for the elderly, the home group and the bedridden group (Case study of the elderly in the home group and bedridden groups in the area of responsibility of Samut Songkhram Hospital, Mae Tha District, Lampang Province). Research Report, Health Systems Research Institute. (In Thai); 2017.

4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร.รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย บูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม.นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

5. ภาสกร สอนเรือง. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2561;12: 438-451

6. Pender, et al. Predicting Health Promoting Lifestyle in the 97 Workplace. Nursing Research. 1990;39(6):326-332.
7. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change Psychological Review. 1997;84: 191 – 215.
8. Gibson, C. H. A concept analysis of empowerment. Journal of advanced nursing. 1991;16(3): 354-361.
9. Bloom, B. S. (1968). Mastery learning. UCLA – CSEIP evaluation Comment. 1(2). Los Angeles. University of California at Los Angeles.
10. รวิวรรณ จารุพรประสิทธิ์และคณะ. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. 2558.
11. ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2562;2:26-37.