

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา

สุกิตตา กุณอก*, สารोध เพชรmani**, ธนกร ปัญญาไสโสภณ***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันที่สร้างขึ้นและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมตามปกติ โดยการสุ่มอย่างง่าย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน แบบสอบถาม และแบบประเมินทักษะ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (Paired samples t-test และ Independent sample t-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1) ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และมีทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่า t – test เท่ากับ 10.97, 19.84 และ 8.66 ตามลำดับ

2) ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และมีทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่า t – test เท่ากับ 14.94, 18.40 และ 8.32 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลอบรมให้ความรู้บุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุ และมีการติดตาม การจัดการความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : การสร้างเสริมพลังอำนาจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุติดเตียง

The Effects of Gibson's Empowerment Theory Application Program of Village Health Volunteers with Promoting among the Bedridden Elderly Phang Thiam Sub-district, Phra Thong Kham District, Nakhon Ratchasima Province

Sukitta Kunok*, Sarodh Pechmanee**, Thanakorn Panyasaisophon***

Abstract

This quasi-experimental research aimed to the effects of Gibson's empowerment theory application program of village health volunteers with promoting among the bedridden elderly Phang Thiam Sub-district, Phra Thong Kham District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were divided into two groups. The experimental group

* นักศึกษาปริญญาโทคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

Corresponding author: Thanakorn Panyasaisophon

* Student in Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

** Assistant Professor Dr. Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

*** Assistant Professor Dr. Faculty of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University

consisted of 35 village health volunteers who received program of Gibson's empowerment theory and the control group consisted of 35 village health volunteers who received regular health promoting programs by simple random sampling for 12 weeks. The instruments were program of applying Gibson's empowerment theory, questionnaire and skills assessment. Frequencies, percentage, mean, standard deviation, paired samples t-test and independent samples t-test were applied to data analysis.

The results of this study were as follows:

1) After receiving the program of applying Gibson's empowerment theory the village health volunteers, there was significant improvement of "knowledge, health promoting and health prevention skills and environmental management skills" in the experimental group at 0.01 level. t – test equals 10.97, 19.84 and 8.66 respectively.

2) After receiving the program of applying Gibson's empowerment theory the village health volunteers, there was significant improvement of "knowledge, health promoting and health prevention skills and environmental management skills" in the experimental group compared to the control group at 0.01 level. t – test equals 14.94, 18.40 and 8.32 respectively.

The researcher suggest that brining this program to expand training to provide knowledge to related people, such as families and communities, to care for the elderly and is followed Continuous management of knowledge and skills to provide quality care for bedridden elderly people.

Keywords : empowerment, village health volunteers, promoting, bedridden elderly

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติโดยระบุว่า ข้อมูล ปี ค.ศ. 2021 พบว่า การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ และในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ส่วนทางประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราการเกิดลดต่ำลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น¹ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า โครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากรหลายประเทศกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aged society)² จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.00³ ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.80⁴ และในปี 2567 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 13.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.36⁵ และเมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นส่งผลให้มีการออมลดลงเนื่องจากผู้สูงอายุขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง ในขณะที่วัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้นทำให้มีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น⁴ สำหรับภาครัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลและปฐมพยาบาลผู้สูงอายุมากขึ้น⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคม ได้แก่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง อาจมีปัญหาทางจิตใจเนื่องจากไม่ได้ทำงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกาย

เสื่อมโทรม ไม่แข็งแรง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเอาใจใส่และจะต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นขณะที่ไม่มีรายได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ลำบาก ดังนั้นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม⁶

ภาวะสุขภาพของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลพบว่า ร้อยละ 95.00 ของประชากรผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.00 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9.00 ผู้พิการ ร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้สูงอายุป่วยติดเตียง ร้อยละ 1⁷ โดยกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น ภาวะกลืนลำบาก การกัดติดเคี้ยว การติดเคี้ยวที่ปอด การติดเคี้ยวทางเดินปัสสาวะ การติดเคี้ยวจากแผลกดทับ ภาวะเคลื่อนไหวลำบากท้องผูก นอนไม่หลับ⁸ ดำเนินการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่วัดได้ด้วยดัชนีบาร์เทิล หรือดัชนี ADL (Barthel ADL index) เกณฑ์ดังนี้ กลุ่มติดเตียง คือ มีผลประเมินรวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากที่สุดหรือทั้งหมด เช่น กิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การอาบน้ำ การรับ

ประทานอาหาร การรับประทานยา การพลิกตะแคงตัว ฯลฯ⁹ เมื่อพิจารณาการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุจากสถิติเมื่อ พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 79.5 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 19 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.5⁷ และในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีกลุ่มติดเตียงร้อยละ 96.53 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.78 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.68⁹ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงต้องพึ่งพาจากผู้ดูแลมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุติดเตียง 136,677 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2570 จะเพิ่มเป็น 209,227 คน กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางกาย และต้องมีผู้บริบาลเกือบตลอดเวลาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์ และคณะ¹⁰ กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุติดเตียง มักจะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการเคลื่อนไหว และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและมีภาวะแทรกซ้อนปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะเครียด โรคซึมเศร้า รวมไปถึงผู้ดูแลที่มีภาวะเครียดและไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่เนื่องจากต้องทำงาน¹¹ จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็นภาระงานที่หนักและซับซ้อนต่อการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เศรษฐกิจในครอบครัวเป็นต้น ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนี้ผู้ดูแลเองจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการดูแลเพื่อให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุติดเตียงเหล่านี้ด้วย¹² ซึ่งปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้แก่ การขาดความรู้ทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง ขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักยังต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยทำการพยาบาลต่าง ๆ เช่น เปลี่ยนสายยางให้อาหาร เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น¹³ โดยการนำนโยบายแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งมีอาสาสมัครครอบครัวที่ผ่านการอบรมแล้วมาดูแลร่วมกับพยาบาลครอบครัวและอาสาสมัครครอบครัวที่ได้รับการอบรม 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 – 10 ราย¹⁴ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 1 คน จำเป็นต้องใช้ทักษะและความชำนาญต่าง ๆ รวมถึงความมั่นใจในการดูแล แต่อาสาสมัครครอบครัวซึ่งได้รับการอบรมมาแล้ว บางครั้งไม่ได้ดำเนินการในสถานการณ์จริงร่วมกับ พยาบาลครอบครัว 1 คนต้องดูแลประชากรจำนวนมากไม่สามารถมาสอนทักษะหรือวิธีการที่เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้สูงอายุแต่ละรายได้ทันทั่วถึง เมื่อไม่มั่นใจจึงทำให้การดูแลเป็นไปอย่างไม่มีคุณภาพ¹²

จังหวัดนครราชสีมา มีการคัดกรองความสามารถในการ

ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยเครื่องมือ ADL ในปี พ.ศ. 2563 – 2564 พบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะติดเตียงร้อยละ 0.49¹⁵ และร้อยละ 0.56¹⁶ อำเภอพระทองคำ เป็นส่วนหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา มีการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยเครื่องมือ ADL ปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอพระทองคำ มีภาวะติดเตียงร้อยละ 1.03, 1.03 และ 1.41 ตามลำดับ¹⁷ ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยเครื่องมือ ADL พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะติดเตียงร้อยละ 0.38, 0.51 และ 0.38 ตามลำดับ¹⁸ จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ รายได้ เป็นต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบในการดูแล สร้างเสริมสุขภาพ และรายงานสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังเทียม จากการประเมินพื้นฐานศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดองค์ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จากปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติรับผิดชอบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามนโยบายโครงการ Long term care หรือที่เรียกว่า Care giver จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ความเข้าใจ และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะและความชำนาญ รวมถึงความมั่นใจ และสามารถถ่ายทอดให้ผู้ดูแลต่อได้ ญาติผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจในตัว อสม. จึงทำให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และเป็นแนวทางการพัฒนาโครงการ Long term care ในพื้นที่และบริบทใกล้เคียง ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และทักษะการจัดสิ่งแวดล้อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลพังเทียม

อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และทักษะการจัดสิ่งแวดล้อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

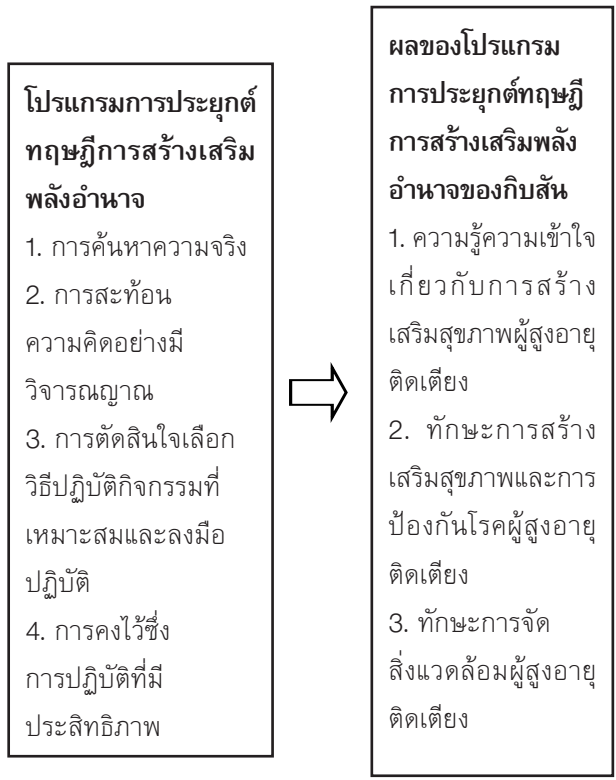
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Quasi-experimental research, Pretest and Posttest design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลา 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการยืนยัน ยอมรับจากชุมชนโดยการประชาคม ได้รับรองจากการยืนยันของหัวหน้าครอบครัว 10 ครัวเรือน และได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างน้อย 3 เดือน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังเทียม ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 227 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพังเทียม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามโปรแกรม จี พาวเวอร์ (G^* power) โดยการใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ของ ES (Effect size) = 0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%¹⁹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 20 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันการหลุดหายระหว่างการดำเนินการวิจัย จึงได้คำนวณเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการแทนค่าการ สูญหายที่ร้อยละ 10²⁰ ในการนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 35 คน โดยการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังเทียม ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยร่วมกับการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้าร่วมดำเนินการวิจัยแล้วขอถอนตัวออกจากกิจกรรมการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย โดยได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้ตรวจว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นหาความจริง โดยการประเมินความต้องการและความจำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

ภาวะแทรกซ้อน และการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตัดเสียง ลักษณะกิจกรรม คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่ม เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตัดเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการพิจารณาผลการประเมินความต้องการและความจำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุตัดเสียงด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะกิจกรรม คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่ม เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตัดเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุตัดเสียงด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะกิจกรรม คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่ม การบรรยายให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัดเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการทบทวนการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุตัดเสียงด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะกิจกรรม คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่ม เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตัดเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นและเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหาคำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 พร้อมนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 คน

1. แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น อสม. และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้าง

เสริมสุขภาพผู้สูงอายุตัดเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะของแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยมีการคิดคะแนน ดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ = 0 คะแนน จำนวน 13 ข้อ ค่าความยากง่าย ระหว่าง 0.47-0.77 ความเชื่อมั่น (K.R.20) เท่ากับ 0.70²¹ โดยมีการแปลผลความหมายจากค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ร้อยละ 80.00 – 100.00 หมายถึง ระดับดี

ร้อยละ 50.00 – 79.99 หมายถึง ระดับปานกลาง

ร้อยละ 0.00 – 49.99 หมายถึง ระดับปรับปรุง

3. แบบประเมินทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุตัดเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยมีการคิดคะแนนดังนี้ ปฏิบัติถูกต้อง = 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง = 0 คะแนน จำนวน 8 ข้อ ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 โดยมีการแปลผลความหมายจากค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ร้อยละ 80.00 – 100.00 หมายถึง ระดับดี

ร้อยละ 50.00 – 79.99 หมายถึง ระดับปานกลาง

ร้อยละ 0.00 – 49.99 หมายถึง ระดับปรับปรุง

4. แบบประเมินทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุตัดเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยมีการคิดคะแนนดังนี้ ปฏิบัติถูกต้อง = 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง = 0 คะแนนจำนวน 3 ข้อ ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70²² โดยมีการแปลผลความหมายจากค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ร้อยละ 80.00 – 100.00 หมายถึง ระดับดี

ร้อยละ 50.00 – 79.99 หมายถึง ระดับปานกลาง

ร้อยละ 0.00 – 49.99 หมายถึง ระดับปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสมัครใจ และยินดียินดีเข้าร่วมโครงการจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนตามเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดทำหนังสือเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยระบุว่าทำให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีตอบรับแล้วยังมีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลาภายใต้การตรวจพิจารณารับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2023-062

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการจัดทำกิจกรรม และนัดหมายการดำเนินการวิจัย โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย อธิบายการตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง แบบประเมินทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และแบบประเมินทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียงก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ (pre-test) หลังจากนั้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนะนำตนเอง และร่วมกิจกรรมการละลายพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรม ถ้าไม่มีสิ่งนี้ สิ่งนี้ก็จะ... และกิจกรรมหีบของใกล้ตัวที่คิดว่าจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลังจากนั้นจัดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎี กิจกรรมที่ 1 การค้นหาความจริง โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อย โดยมีการแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 9 คน โดยทุกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์โดยการบอกเล่าและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พร้อมให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูล และผู้วิจัยสรุป ติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3-4 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

ผู้วิจัยกล่าวทักทายกิจกรรมการละลายพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรม ถ้าไม่มีสิ่งนี้ สิ่งนี้ก็จะ... และกิจกรรมหีบของใกล้ตัวที่คิดว่าจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลังจากนั้นจัดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎี กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อย โดยมีการแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 9 คน โดยทุกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์โดยการบอกเล่าและพูดคุยแลกเปลี่ยนโดยจากปัญหาอุปสรรคที่พบนำมาวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไร พร้อมให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูล และผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะ

องค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม หลังจากนั้นเป็นการบรรยายให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง การยกตัวอย่างกรณีศึกษา ทบทวนและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะบรรยายและการฝึกปฏิบัติ และผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และทบทวนกิจกรรมองค์ความรู้ ความเข้าใจ การสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ power point แผ่นพับ วิดีโอ Youtube สื่อบุคคล กรณีศึกษาและการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 5-6 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

ผู้วิจัยกล่าวทักทายกิจกรรมการละลายพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรม ถ้าไม่มีสิ่งนี้ สิ่งนี้ก็จะ... และกิจกรรมหีบของใกล้ตัวที่คิดว่าจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลังจากนั้นจัดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎี กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อย โดยมีการแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 9 คน โดยทุกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์โดยการบอกเล่าและพูดคุยแลกเปลี่ยนโดยเลือกวิธีสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงจากแผนที่ได้เตรียมไว้ และลงมือปฏิบัติพร้อมให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูล หลังจากนั้นสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง แลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อยหลังการฝึกปฏิบัติทักษะทบทวนและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะบรรยายและการฝึกปฏิบัติ และผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และทบทวนกิจกรรมองค์ความรู้ความเข้าใจ การสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติรวมถึงการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ power point แผ่นพับ วิดีโอ Youtube สื่อบุคคล กรณีศึกษาและการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 7-8 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

ผู้วิจัยกล่าวทักทายกิจกรรมการละลายพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรม ถ้าไม่มีสิ่งนี้ สิ่งนี้ก็จะ... และกิจกรรมหีบของใกล้ตัวที่คิดว่าจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลังจากนั้นจัดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎี กิจกรรมที่ 3 การ

ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยการทบทวนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง แลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อย หลังการฝึกปฏิบัติทักษะ ทบทวนและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะบรรยายและการฝึกปฏิบัติ และผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และทบทวนกิจกรรมองค์ความรู้ความเข้าใจ การสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ power point แผ่นพับ วิดีโอ Youtube สื่อบุคคล กรณีศึกษาและการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

ผู้วิจัยกล่าวถึงทบทวนกิจกรรมการละลายพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรม ถ้าไม่มีสิ่งนี้ สิ่งนี้ก็จะ... และกิจกรรมหยิบของใกล้ตัวที่คิดว่าจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลังจากนั้นจัดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎี กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อย โดยมีการแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 9 คน โดยทุกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์โดยการบอกเล่าและพูดคุยแลกเปลี่ยนโดยการทบทวนการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บอกเล่าหนทางสู่ความสำเร็จจากการปฏิบัติจริง และผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และทบทวนกิจกรรมองค์ความรู้ ความเข้าใจการสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ power point แผ่นพับ วิดีโอ Youtube สื่อบุคคล กรณีศึกษาและการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม และเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบประเมินทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และแบบประเมินทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียงก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ (post-test)

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ผู้วิจัยกล่าวถึงทบทวนและแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย อธิบายการตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง แบบประเมินทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และแบบประเมินทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียงก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ (pre-test)

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

ผู้วิจัยกล่าวถึงทบทวน เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบประเมินทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และแบบประเมินทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียงก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ (post-test) และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 อายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 34.29 สถานภาพสมรส ร้อยละ 94.29 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.70 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 51.43 อาชีพ ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 51.40 รายได้ต่อเดือน รายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 65.70 ระยะเวลาที่เป็น อสม. 11 - 15 ปี ร้อยละ 37.10 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 48.57

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.60 อายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 34.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.30 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 51.40 อาชีพ ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 60.00 รายได้ต่อเดือน รายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 54.30 ระยะเวลาที่เป็น อสม. 11 - 15 ปี ร้อยละ 45.71 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.30

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษา

1. กลุ่มทดลอง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ระดับทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และระดับทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง อยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปรับปรุง และหลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง พอใช้ และปรับปรุง ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและทักษะการจัดสิ่งแวดล้อม (n=35)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง						
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง	52.75	16.91	ปานกลาง	87.91	9.38	ดี
2. ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง	55.10	11.20	ปานกลาง	85.23	7.46	ดี
3. ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง	53.33	16.57	ปานกลาง	85.71	16.74	ดี
กลุ่มควบคุม						
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง	48.35	12.59	ปรับปรุง	50.33	11.55	ปานกลาง
2. ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง	49.65	8.78	ปรับปรุง	51.91	7.69	พอใช้
3. ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง	44.76	29.09	ปรับปรุง	45.71	22.99	ปรับปรุง

2. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและทักษะการจัดสิ่งแวดล้อม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	S.D	t	p		
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	52.75	16.91	10.97	0.00	
		หลังการทดลอง	35	87.91	9.38			
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	35	48.35	12.59	1.16	0.25	
		หลังการทดลอง	35	50.33	11.55			
	2. ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	55.10	11.20	19.84	0.00
			หลังการทดลอง	35	85.23	7.46		
กลุ่มควบคุม		ก่อนการทดลอง	35	49.65	8.78	1.81	0.08	
		หลังการทดลอง	35	51.91	7.69			

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	S.D	t	p	
3. ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุติดเตียง	ก่อนการ ทดลอง	35	53.33	16.57	8.66	0.00	
	กลุ่มทดลอง	35	85.71	16.74			
	ก่อนการ ทดลอง	35	44.76	29.09	0.17	0.86	
	กลุ่มควบคุม	35	45.71	22.99			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง และทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และทักษะการจัดสิ่งแวดล้อม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	S.D	t	p	
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง	ก่อนการ ทดลอง	35	52.75	16.91	1.23	0.22	
	กลุ่มควบคุม	35	48.35	12.59			
	หลังการ ทดลอง	35	87.91	9.38	14.94	0.00	
	กลุ่มควบคุม	35	50.33	11.55			
	2. ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง	ก่อนการ ทดลอง	35	55.10	11.20	2.27	0.03
		กลุ่มควบคุม	35	49.65	8.78		
หลังการ ทดลอง		35	85.23	7.46	18.40	0.00	
กลุ่มควบคุม		35	51.91	7.69			
3. ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง		ก่อนการ ทดลอง	35	53.33	16.57	1.51	0.13
		กลุ่มควบคุม	35	44.76	29.09		
	หลังการ ทดลอง	35	85.71	16.74	8.32	0.00	
	กลุ่มควบคุม	35	45.71	22.99			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนการทดลองภายใต้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ การพัฒนาองค์ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) การแนะนำตัวและการละลายพฤติกรรม 2) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 2.1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2.2) ทักษะการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อม และ 2.3) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม 3) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อย โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์โดยการบอกเล่าและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จากปัญหาอุปสรรคที่พบบำรุงวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร พร้อมให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลและผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และทบทวนกิจกรรมองค์ความรู้ความเข้าใจ การสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อการสอน ได้แก่ power point แผ่นพับ วิดีโอ Youtube สื่อบุคคล กรณีศึกษา และการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่สูงขึ้นดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพร มีสุข และคณะ²³ ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value < .001) สอดคล้องกับ มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ²⁴ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความรู้: $t = 6.03$, $p < 0.001$, $95\%CI = 0.71-1.40$, ทักษะ: $t = 5.80$, $p = < 0.001$, $95\%CI = 0.10-0.19$, การปฏิบัติ: $t = 8.17$, $p < 0.001$, $95\%CI = 0.24-0.51$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความรู้: $t = 4.30$, $p < 0.001$, $95\%CI = 0.71-2.09$, เจตคติ: $t = 0.01$, $p = 0.005$, $95\%CI = 0.02-0.13$, การปฏิบัติ: $t = 8.17$, $p < 0.001$, $95\%CI = 0.48-0.79$)

2. ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุ

ติดเตียงพบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง มีทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนการทดลองภายใต้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ การพัฒนาทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) การแนะนำตัวและการละลายพฤติกรรม 2) การนำความรู้ที่ได้จากการบรรยายมาสู่การปฏิบัติ โดยการสาธิตเกี่ยวกับทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง 3) โดยผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง โดยให้ Care Manager ประเมินทักษะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และให้คำชมเชย เมื่อปฏิบัติถูกต้อง 4) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อยหลังการฝึกปฏิบัติทักษะ โดยทุกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์โดยการบอกเล่าและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรค จากการฝึกปฏิบัติทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียง จากปัญหาอุปสรรคที่พบบำรุงวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไร พร้อมให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลและผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และทบทวนกิจกรรมองค์ความรู้ความเข้าใจ การสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ power point แผ่นพับ วิดีโอ Youtube สื่อบุคคล กรณีศึกษา และการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่สูงขึ้นดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช หอมเนียม²⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายหลังเข้าโปรแกรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.97$, S.D. = 1.54) เป็นระดับดี ($\bar{X} = 16.07$, S.D. = 2.32) และทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในระดับดี ร้อยละ 100

3. ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง มีทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนการทดลองภายใต้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ การพัฒนาทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) การแนะนำตัวและการละลายพฤติกรรม 2) การนำความรู้ที่ได้จากการบรรยายมาสู่การปฏิบัติ โดยการสาธิตเกี่ยวกับทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง 3) โดยผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง โดยให้ Care Manager ประเมินทักษะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และให้คำชมเชย เมื่อปฏิบัติถูกต้อง 4) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มย่อยหลังการฝึกปฏิบัติ โดยทุกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์ โดยการบอกเล่าและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรค จากการฝึกปฏิบัติทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง จากปัญหาอุปสรรคที่พบบ่มาวางการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไร พร้อมให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลและผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อเสนอแนะองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และทบทวนกิจกรรมองค์ความรู้ความเข้าใจ การสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ power point แผ่นพับ วิดีโอ Youtube สื่อบุคคล กรณีศึกษาและการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์กลุ่มจึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่สูงขึ้นดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของนนุช หอมเนียม²⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังเข้าโปรแกรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (\bar{X} = 12.97, S.D. = 1.54) เป็นระดับดี (\bar{X} = 16.07, S.D. = 2.32) และทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในระดับดี ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลอบรมให้ความรู้

บุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ควรมีการติดตาม ทบทวนองค์ความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีคุณภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานด้านท้องที่ ท้องถิ่น ผู้นำชุมชนควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีสุขภาพที่ดี

ด้านนโยบาย ควรมีการจัดระบบการเสริมสร้างศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อยืนยันผลของโปรแกรมฯ ได้แก่ มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และมีทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุติดเตียง และศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากชุมชนเพื่อเป็นการขับเคลื่อนรูปแบบที่แท้จริงของชุมชนสำหรับการพัฒนาให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. International Day of Older Persons [Internet]. 2021 [cited 2022 December 09]. Available from: <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>
2. WHO. 50 facts: Global health situation and trends 1955-2025 [Internet]. 2009 [cited 2022 October 20]. Available from: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ เมษายน 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2552
6. กัญญา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, พานิช แก่นกาญจน์. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):1-16.

7. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>.
8. ฌปภา ประยูรวงษ์. สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2565;2(2):14-25.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderlycluster/download?id=66747&mid=33846&mkey=m_document&lang=th&did=20886
10. พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล, วิชญา โรจนรักษ์. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559 ; 26 : 54-64.
11. ขวัญตา บุญवास, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, นิมาศศุรา แว. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4:205-16.
12. จำปาพงษ์ พิณฑิพย์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกงจังหวัดฉะเชิงเทรา. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางปะกง; 2561.
13. ช่อทิพย์ จันทรา. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559;8:41-50.
14. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2560.
15. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
16. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9. รายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 9 ประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1620725563.pdf
17. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระทองคำ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระทองคำ อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา; 2565.
18. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังเทียม. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังเทียม ตำบลพังเทียม อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา; 2565.
19. Cohen. Statistic power analysis for behavioral sciences. New York: Academic Press; 1969.
20. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://home.kku.ac.th/phlib/ebooks/StatHealthSciRes.pdf>
21. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika 1937;2:151-60.
22. เยาวดี วิบูลย์ศรี. การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
23. ณัฐพร มีสุข, วรัญญูศิลา ทรัพย์ประเสริฐ, เจนจิรา ทองทับทิม, ดวงลดา บุญประเสริฐ, ธัญญา ขวัญเมือง, บุญชาติ แสงทอง, และคณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2565;14:92-106.
24. มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยรัชชยา เขตบำรุง, จุล หน่อแก้ว, จิรวัดน์ กุจะพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2562;14:119-30.
25. นนงูช หอมเนียม. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี 2565;30:460-70.