

The Effects of Caregivers Empowerment Program on Performance of Bedridden Elderly Care in Bangban District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Abstract

*Ubol Trithavin, RN.**

This research was a quasi-experimental research, one group pre-post test design, aimed to study the effectiveness of caregivers' empowerment program on performance of bedridden elderly care. The samples group was 30 family caregivers, in charge Bangban district. Focus group discussion was employed by using the Gibson's empowerment framework. The framework was composed of 4 stages : discovering of the real situation, reflection critical thinking, choosing suitable practice for oneself and maintaining of efficient practice. The experimental group attended empowerment activities in twelve weeks. Data were collected using questionnaire to measure of knowledge, perceived power, stress, performance of bedridden elderly care, before and after in empowerment program, and were analyzed with frequency distribution, percentage, mean, standard deviation paired t-test, and Pearson correlation.

Research results showed that after the implementation of empowerment program, mean scores of knowledge, perceived power, performance of bedridden elderly care were at .001 level of significant better than before. There was no statistically significant difference in caregivers stress. Perceived power of caregiver have a positive correlation with performance of bedridden elderly care at 0.05 level significant. Therefore, the finding indicated the empowerment program was effective of caregivers in enhancing on performance for bedridden elderly care.

Keywords: Caregiver, Empowerment Program, Performance of bedridden elderly care

**Bangban Hospital, Bangban District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

อุบล ไตรถวิล, พย.บ.*

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียว มีการวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (one group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลาดำเนินงานตามโปรแกรม จำนวน 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ (Paired Sample T-Test) และการหาความสัมพันธ์ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนด้านความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่แตกต่างกันทางสถิติ และพบว่าความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ ไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง, โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความสามารถในการดูแล

*โรงพยาบาลบางบาล อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว จากสภาวะการณ์เกิดสูงตายสูง มาสู่การเกิดต่ำตายต่ำ จากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้สังคม

ไทยเปลี่ยนจากสังคมเยาว์วัยสู่สังคมสูงวัย สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุข

ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21⁽¹⁾ และในอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วเช่นกัน โดยพบว่า ปี 2559 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 18.61 ปี 2560 มีร้อยละ 20.12 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าระดับประเทศ และพบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 89.74 เป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 8.81 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.45 ดังนั้นทุกพื้นที่ในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุในหลายด้าน รวมทั้งด้านการสาธารณสุขที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ต้องมีแนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม ต้องเข้าใจลักษณะและตระหนักในเป้าหมายของการบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มด้วย จึงจะสามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (ติดสังคม) และกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดำรงการมีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตามวัย ป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพตั้งแต่เริ่มต้น และกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) เป้าหมายที่ต้องการคือการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพและไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้านมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายได้ร่วมกันจัดบริการ

ให้อย่างเป็นระบบ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับตามสภาพของปัญหาที่พบ แต่กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงนั้นเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมกับสังคมด้วยตนเองได้เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเรียกว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว (Family Caregiver) เป็นเพศหญิง เช่น ลูกสาว ภรรยา หรือลูกสะใภ้⁽²⁾ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาให้การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พร้อมทั้งส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อีกทั้งประสานความร่วมมือและการสนับสนุนจากสังคมอีกด้วย

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบางบาล มีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) และเป็นทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ซึ่งจากการทำงานที่ผ่านมาพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการจัดบริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านตามประเด็นปัญหาที่พบสอนแนะนำให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติเพียงทางเดียว มีการติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนานๆ ครั้ง แต่จากการสังเกตและสัมภาษณ์กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดทักษะการดูแลที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เกิดการลองผิดลองถูก มีความเหนื่อยล้าและมีความเครียดที่ต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นเวลานาน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเสริมสร้างและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ติดเตียงให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽³⁾ ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การเพิ่มพูนความรู้ซึ่งมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาของ วิภา เพ็งเสงี่ยม⁽⁴⁾ พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขาดความรู้และทักษะในด้านการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ถูกต้อง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พลังอำนาจในด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ สมคิด ปุณะศิริ และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า หลังเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองด้านร่างกายและด้านจิตสังคม สูงกว่าก่อนเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ากระบวนการ ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลยังมีข้อบกพร่อง ทำให้ไม่มั่นใจได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน จะเกิดการรับรู้ในระดับที่จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนครั้งของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล เป็นกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้งและกิจกรรมรายบุคคล 1 ครั้ง โดยเน้นการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพการใช้ความรู้ เสริมสร้างความมั่นใจ พลังใจในตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมการติดตาม ทบทวนผลการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจริงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาที่เกิดขึ้น และมีความเชื่อมั่นว่าการดำเนินงานพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จะมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ด้วยการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽³⁾ ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เกิดความรู้ เกิดพลังอำนาจในตนเอง อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในทุกๆด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

นิยามศัพท์

ผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือที่ใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา บุตรหลานหรือญาติ ทั้งเพศชายและหญิงที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สื่อความหมายได้เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย ไม่มี

ความพิการด้านจิตใจ และมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือและจัดเตรียมให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง รูปแบบการจัดกระบวนการพยาบาลปกติร่วมกับการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽³⁾ ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁾ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การสนทนารายกลุ่มและรายบุคคล โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นชั้น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1.การค้นพบสภาพการณ์จริง 2.การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ 3.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4.การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ มีผลคะแนนการประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน⁽¹⁾ จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล หมายถึง การจำ การระลึกได้ ความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในด้านต่างๆ ที่บ้าน

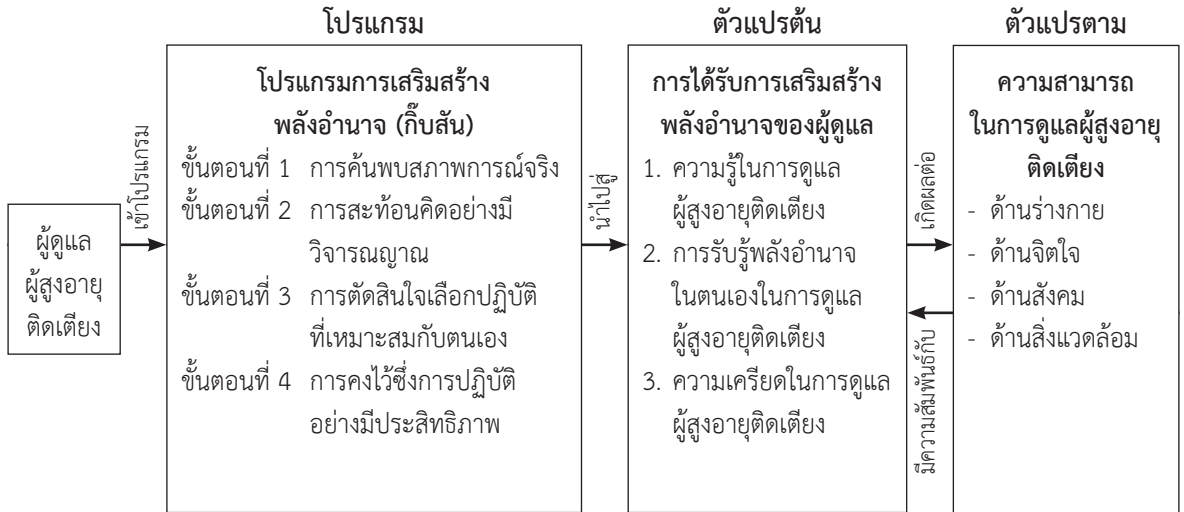
การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ความเครียดของผู้ดูแล (Stress) หมายถึง ผลรวมของปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจ ที่ตอบสนองต่อสภาวะหรือการกระทำใดๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในการที่จะมีชีวิตรอยู่อย่างปกติสุข

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล หมายถึง การแปลความหมายจากความรู้ ความเข้าใจ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในการทำกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งให้การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽³⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁾ มาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยพัฒนาบนพื้นฐานของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจร 4 ขั้นตอน ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความรู้ ความตระหนักรู้ทักษะ มีความมั่นใจและมีพลังใจในการพัฒนาความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษา กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว มีการวัดผลก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัดเดียวที่เป็นผู้ดูแลหลักและเป็นบุคคลในครอบครัว หรือเป็นญาติ (Family Caregiver) ในเขตอำเภอ บางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ทั้งหมดจำนวน 51 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า คือผู้ดูแลผู้สูงอายุตัดเดียวทั้งเพศชายและหญิงที่มี อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียน ภาษาไทยได้ ไม่มีความพิการด้านจิตใจ และสมัคร เข้าร่วมโครงการ จำนวน 32 คน และระหว่างเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย ได้ครบ 3 ครั้ง จำนวน 2 คน ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์ ทั้งหมดจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายปิด ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้

ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อวัน โรคประจำตัว และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

1.2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ตัดเดียว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยของ ญาติกา ธีรเวช และคณะ⁽⁶⁾ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบ รายการ (Check list) ถูก-ผิด (True-False)

1.3 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุตัดเดียว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโดย ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน⁽³⁾ ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัย ของ ยุวดี รอดจากภัย และคณะ⁽⁷⁾ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก

1.4 แบบวัดด้านความเครียดของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุตัดเดียว วัดโดยแบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จำนวน 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย เป็น ประจำ โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางลบ

1.5 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยของ ยุวดี รอดจากภัย และคณะ⁽⁸⁾ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ

2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽³⁾ ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยของ วิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ⁽⁴⁾ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสนทนากลุ่มเพื่อค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยการตั้งเป้าหมาย วางแผนเลือกวิธีการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง แจกคู่มือ “คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง”⁽⁹⁾ ส่วนในการติดตามเยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 2 และการร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 จะเป็นขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยนำผลที่เกิดขึ้นจากความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค เพื่อร่วมมือในการปรับแก้ที่เหมาะสมการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลาตามโปรแกรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ

ติดเตียง ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำเครื่องมือที่ได้รับคำแนะนำมาทำการปรับปรุงแก้ไข นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ของแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เท่ากับ 0.79 ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เท่ากับ 0.88 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เท่ากับ 0.78 และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ อย 0032.223/413 ลงวันที่ 8 มกราคม 2561 (เนื่องจากอำเภอบางบาลอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเสนา ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แบ่งเขตการขอจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ไว้)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลอง

มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ประชุมอบรมทีมงานพยาบาลโรงพยาบาลบางบาล จำนวน 3 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผู้สูงอายุติดเตียงในเขตรับผิดชอบ จำนวน 10 คน เพื่อชี้แจงการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทำความเข้าใจในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการตามเกณฑ์ และซักซ้อมความเข้าใจของแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ พร้อมทดสอบความเข้าใจโดยการให้ตอบคำถามหลังการชี้แจง พบว่าร้อยละ 100 มีความเข้าใจที่ถูกต้อง

2. ทีมงานออกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่บ้านตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน พร้อมเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (Pre-test)

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล (Pre-test) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แล้วนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาแนวทางการสนทนากลุ่มให้มีความสอดคล้องกับบริบท

4. ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง โดยแบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน เป็นการสนทนาแบบกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง และแบบรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง/คน ดังนี้

- กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน ในขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงของผู้ดูแล และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนเล่าประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตามสภาพการณ์จริงของผู้ดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นให้คำแนะนำว่า เมื่อเพื่อนสมาชิกมีปัญหาในปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จะมีวิธีแก้ไขอย่างไรที่ทำแล้วได้ผลดีตามความเป็นจริงที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่อย่างมีเหตุมีผล และพยายามให้ความรู้สร้างความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพิ่มเติม ตามแผนการสอนทางสื่อภาพนิ่ง สาดิตและฝึกปฏิบัติ พร้อมแจกคู่มือ “คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง”⁽⁹⁾ เพื่อเสริมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในด้านต่างๆ ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจสามารถตัดสินใจที่จะนำไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขั้นนี้จะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุม

ตนเอง (Sense of personal control) ส่งผลให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น จากนั้นเป็นขั้นตอนที่ 3 ที่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยผู้วิจัยตอบปัญหาข้อสงสัยแก่สมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งสรุปกิจกรรมเนื้อหาที่ได้ทั้งหมด และกระตุ้นให้ผู้ดูแลร่วมกันกำหนดเป้าหมายและกำหนดแนวทางในการดำเนินงานให้เหมาะสมในแต่ละคน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ร่วมกันตั้งไว้ พร้อมให้กำลังใจ ความมั่นใจโดยแนะนำให้ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ผู้ดูแลเห็นว่ามีความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง

- กิจกรรมเยี่ยมบ้านรายบุคคล ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-8) ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที/คน ในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยสอบถามถึงการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค พร้อมให้คำปรึกษาช่วยเหลือโดยเฉพาะด้านจิตใจ พร้อมกล่าวพูดชมเชยเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้ดี และให้กำลังใจถ้ายังมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้ยังไม่เหมาะสม

- กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกนำผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยนการดูแลผู้สูงอายุที่ดีขึ้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เมื่อสามารถปฏิบัติได้ดีจะช่วยเพิ่มความสามารถของตนเอง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แล้วสรุปการดำเนินงานตามกิจกรรม และเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน โรคประจำตัว และผู้ที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล โดยแจกแจงความถี่เป็นคะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยทดสอบค่าที่ (paired t-test)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

จากผลการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง 26 คน เพศชาย 4 คน

คิดเป็นร้อยละ 86.70, 13.30 ตามลำดับ ส่วนมากอายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 73.20 และอายุ 31 ปี เป็นอายุน้อยที่สุด และอายุ 70 ปีเป็นอายุสูงที่สุด ระดับการศึกษาส่วนมากจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 สถานภาพการสมรสคู่มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.70 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุพบว่าเป็นบุตรมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 0-5 ปี และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.30 (เท่ากัน) มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน 5-9 ชั่วโมงสูงสุด ร้อยละ 36.70 รองลงมาคือระยะเวลา 10 ชั่วโมงขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.30 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 และมีผู้ที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.70 และน้อยที่สุดคือไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเลย คิดเป็นร้อยละ 16.70

2. การเปรียบเทียบผลของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ในด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยในด้านความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่ต่างกัน ($p = .080$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม			t	P
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ		
1. ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	0.76	0.11	ปานกลาง	0.89	0.05	สูง	5.380	<.001*
2. ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	2.07	0.32	ปานกลาง	2.73	0.26	สูง	-11.412	<.001*
3. ด้านความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	0.89	0.44	ปกติ	0.73	0.33	ปกติ	1.797	0.080

*p<.001

3. การเปรียบเทียบผลของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายด้าน พบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และในภาพรวมพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง รายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม			t	P
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ		
รายด้าน								
1. ด้านร่างกาย	2.55	0.27	สูง	2.84	0.12	สูง	-6.758*	<.001*
2. ด้านจิตใจ	2.28	0.45	ปานกลาง	2.65	0.34	สูง	-5.792*	<.001*
3. ด้านสังคม	2.08	0.26	ปานกลาง	2.58	0.32	สูง	-7.900*	<.001*
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	2.00	0.19	ปานกลาง	2.61	0.22	สูง	-6.014*	<.001*
ภาพรวม	2.43	0.26	สูง	2.74	0.10	สูง	-9.002*	<.001*

*p<.001

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล

พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อยู่ในระดับต่ำ (r=0.364) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.048) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล

ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	n	r	p
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	30	.072	.704
การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	30	.364*	.048
ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	30	-.304	.103

*p<.05

วิจารณ์

ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลได้มีการเรียนรู้ที่เป็นระบบ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วยกัน พร้อมทั้งได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการสาธิต ฝึกปฏิบัติจากพยาบาลโดยตรง และได้รับคู่มือ “คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง” นำกลับไปศึกษาทบทวนต่อ อีกทั้งมีการสอนแนะนำให้ความรู้เพิ่มเติมจากการเยี่ยมติดตามที่บ้านจากทีมพยาบาลชุมชน (ตามโปรแกรมครั้งที่ 2) อีกทั้งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 6-10 ปี ซึ่งได้มีการรู้และปรับปรุงแก้ไขปัญหาในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงมาระยะนาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาติกา ธีรเวช⁽⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่าหลังจากฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกระบวนการกลุ่มมีการเสริมพลังความรู้สึกให้เห็นคุณค่าในตัวเอง ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมฟังปัญหาของผู้อื่น เสมือนกับทุกคนเป็นเจ้าของปัญหาเกิดการรับรู้พลังที่จะแก้ไขปัญหาคาดดูแลผู้สูงอายุช่วยกันวิเคราะห์สาเหตุและร่วมกันกำหนดแนวทางในแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดพลังอำนาจในจิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวดี รอดจากภัย และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่ต่างกัน และระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะเห็นว่าผู้ดูแลไม่มีความเครียดจากใช้ชีวิตประจำวัน และในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ศึกษาเป็นเพศหญิง และเป็นบุตร หรือญาติ ซึ่งเป็นพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมไทยที่มักคาดหวังให้เพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา บุตร

และสมาชิกในครอบครัวนั้นต้องมีหน้าที่ในการทดแทนบุญคุณแสดงความกตัญญูทเวที่อีกด้วย และผู้ดูแลส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยและเหตุผลดังกล่าวจะส่งผลต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลได้⁽¹⁰⁾

ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และโดยรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนอกจากจะมีการให้ความรู้ถึงวิธีการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในด้านต่างๆ อย่างชัดเจน ปฏิบัติได้จริงแล้ว ยังเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความตระหนักในคุณค่าตนเองของผู้ดูแล ทำให้เกิดการยอมรับบทบาทในฐานะของผู้ดูแลอย่างเต็มใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด ปุณะศิริ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกาย และความสามารถในการดูแลด้านจิตสังคม หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้และความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาติกา อีระเวช⁽⁶⁾ ที่พบว่าความรู้และทักษะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ดังนั้นในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ควรเพิ่มเติมการสร้างพลังใจ ความรู้สึกมั่นใจ

ความเชื่อมั่น และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลเป็นลำดับแรก แต่ก็ไม่ควรละเลยการพัฒนาความรู้ทักษะและประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กันทุกด้าน รวมทั้งพัฒนาทีมสุขภาพด้วย

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีพลังอำนาจในตนเอง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้น และยังพบว่าการจัดกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ดูแล ยังส่งผลโดยตรงในการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ ไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลชุมชนและทีมสร้างสุขภาพสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ ไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ดูแล (Caregiver) จิตอาสา และผู้ที่สนใจให้สามารถไปจัดบริการดูแลสุขภาพประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง

ในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการวิจัยนี้ ยังจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในหน่วยงาน สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานต่างๆ ที่จะนำข้อมูลไปกำหนดเป็น แผนยุทธศาสตร์ในการจัดบริการดูแลสร้างเสริม สุขภาพ รักษาพยาบาล ป้องกันควบคุมโรค พิษณุ สมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากประสบการณ์ในการจัดกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยพบว่า วิทยากร

กระบวนการถือเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ที่ดำเนินการจัดกระบวนการฯ จึงควรมีการฝึกฝนทักษะในการจัดกระบวนการกลุ่ม เพื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้สมาชิกได้เรียนรู้ ประสบการณ์ได้อย่างครอบคลุม ตรงตามวัตถุประสงค์

2. ในการดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป ควรมี กลุ่มเปรียบเทียบด้วย (ที่มีคุณลักษณะของประชากร คล้ายกัน) เพื่อให้ผลการวิจัยในครั้งนั้นมีความ น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2559. กรุงเทพฯ.
2. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. ใน : เอกสารประกอบการประชุมเวทีระดมความคิดเห็น ต่อประเด็นนโยบาย เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”; 30 ตุลาคม 2551; ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 1-7.
3. Gibson, C.H. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Doctoral dissertation, school of Arts and Sciences, Department of Nursing, Boston College. 1995.
4. วิภา เพ็งเสงี่ยม. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2560; 18(3): 83-94.
5. สมคิด ปุณณะศิริ, จินต์จุฑา รอดพาล, สมคิด ตริลาภา, วิจารณ์ จันทมูล. ผลของการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการ พยาบาล 2552; 36(3): 47-55.
6. ญาติกา อีระเวช, สมปอง แสงนกนิ, ชัยณรงค์ อุทัยศิริตานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 สระบุรี. 2558; 1(6): 24-34.
7. ยุวดี รอดจากภัย และคณะ. รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2557.
8. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง. (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561). เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=134>
9. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง. นครราชสีมา: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2560.
10. สาสินี เทพสุวรรณ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารประชากร 2553; 4(1): 75-88.