

ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

Effects of Self – Competency Promotion in Home Bound Elderly Caregivers of
Elderly Caregivers in Namrid Subdistrict, Mueang Uttaradit District, Uttaradit
Province

พรเทพ ธารawecharak¹

Mr.Porntep Tharawecharak

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .83, .81 และ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพภายในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวม การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคมและการดูแลด้านเศรษฐกิจหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสามารถเพิ่มระดับสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลได้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบกิจกรรมหรือ โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

คำสำคัญ: การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

¹ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

Abstract

The purpose of this is Quasi-experiment study was for the effects of self-competency promotion in home bound elderly caregivers of elderly caregivers in Namrid Subdistrict, Mueang Uttaradit District, Uttaradit Province The sample consisted of 30 bedridden elderly caregivers. The research tool was the self-competency promotion program for caring for the bedridden elderly of the elderly caregivers who passed a content validity check. from 3 experts and a questionnaire on social relations Social support and elderly care of elderly family members Questionnaire reliability was analyzed with Cronbach's alpha coefficients of .83, .81 and .93 Data were analyzed using descriptive statistics and t - tests.

The study found that after promoting self-efficacy in caring for bedridden elderly, it was found that the caregivers of bedridden elderly had significantly better mean scores of family relationship, family relationship and social support after the experiment than before the experiment. ($p < .05$). Overall care for the elderly in the family, health care psychological care Social care and economic care After the experiment was better than before the experiment was statistically significant ($p < .05$).

This study showed that self-efficacy promotion in caring for bedridden elderly can increase family relationship level. Social support and care for the elderly in the family in terms of health, psychological, social and economic aspects. of caregivers Therefore, it is an alternative to designing activities or programs to enhance the competencies of home-bound elderly caregivers.

Keyword: self – efficacy promotion, home bound elderly care, elderly caregivers

บทนำ

โครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเริ่มเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 และตามการคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและในปี 2574 ประเทศไทย จะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) และสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติดูแลการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทยระหว่างปี 2553-2583 พบว่า ในปี 2563 ประชากรคนไทย 66.5 ล้านคน ขณะที่ประชากร “ผู้สูงอายุ” ในวัย 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12 ล้านคน แต่จะเพิ่มเป็น 20.42 ล้านคน ในปี 2583 ประชากรสำคัญพบว่าอัตราส่วน “วัยแรงงาน” ต่อ “ผู้สูงอายุ” จะลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยในปี 2563 มีวัยแรงงาน 3.6 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือวัยแรงงาน 1.8 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในช่วงปี 2583 ซึ่งส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานเพิ่มขึ้นจาก 27.7 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี 2563 เป็น 56.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี 2583 รัฐบาลได้กำหนดให้วาระผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ช่วงอายุ 25-59 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น ซึ่งรัฐบาลไทยตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจและพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียม เช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น ซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุมีหลายมิติที่ซับซ้อนนอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัญหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เป็นปัจจัยการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น มีบันไดหลายชั้น มีทางต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ ตลอดจนปัญหาทางด้านความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งความรู้ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2558) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนเกิดการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การที่ต้องให้การดูแลต่อเนืองที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (พวงเพ็ญ เฟือกสวัสดิ์ และคณะ, 2557) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีความเปราะบางและเสื่อมโทรม ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการพึ่งพาเป็นอย่างมากของคน ในครอบครัว ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ยังต้องพึ่งพาลูกหลานในการทำกิจกรรมอย่างอื่น ส่วนในผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการพึ่งพาลูกหลานเพิ่มขึ้น และในผู้สูงอายุบางรายที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง มีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงบางรายอยู่ในกลุ่มประชากรที่ต้องทำงานประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายขาดผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายต้องลาออกจากงานประจำ ทำให้ขาดรายได้ กลายเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดตามมา ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้สูงอายุ

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

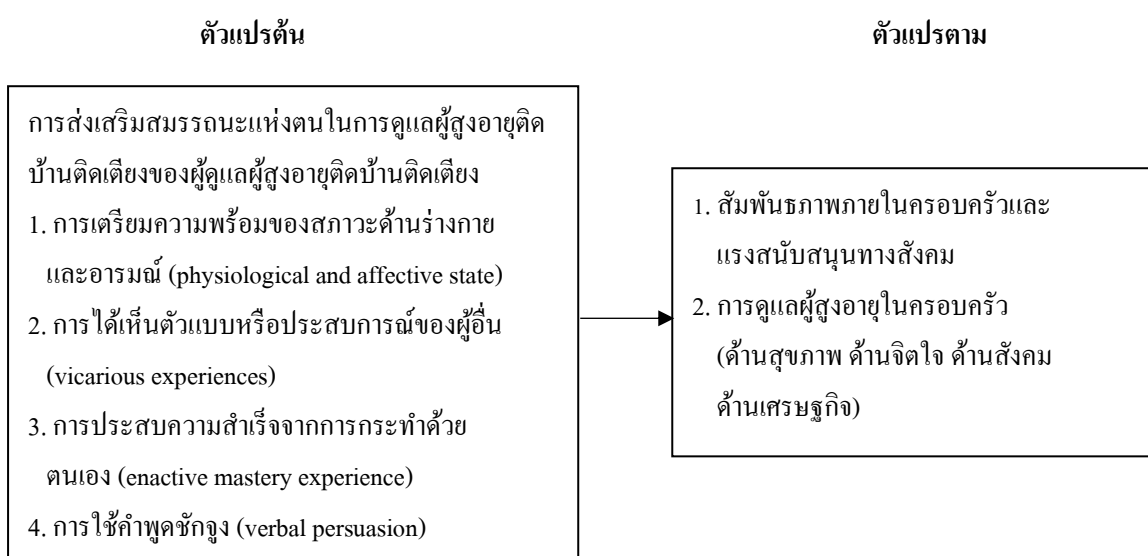
1. เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ 1) สัมพันธภาพภายในครอบครัว 2) แรงสนับสนุนทางสังคม 3) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ)
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ 1) สัมพันธภาพภายในครอบครัว 2) แรงสนับสนุนทางสังคม 3) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ) ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อครูดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยจัดกิจกรรมร่วมกับมีเนื้อหาของกิจกรรมครอบคลุมตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (แผนภูมิที่ 1)



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษา Effect size เท่ากับ 0.80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.80 (Cohen, 1988) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและมีขนาด ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร ได้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน และมีคุณลักษณะดังนี้ ไม่จำกัดเพศพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ที่มีสถานะปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่หรือญาติพี่น้อง และยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ตำบลน้ำริด ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนผู้สูงอายุ เพศและอายุของผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, J. W. and Kahn J.V.,1993) ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอายุระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบแรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, J. W. and Kahn J.V.,1993) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) แรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) แรงสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านเศรษฐกิจ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, J. W. and Kahn J.V.,1993) ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอความคิดเห็น ได้แก่ การประสบปัญหาใดมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและท่านได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากหน่วยงานหรือใครมากที่สุด และความต้องการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเรื่องใดบ้าง (ระบุ 3 อันดับแรกที่สำคัญ) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดโดยผู้วิจัยบันทึกคำตอบด้วยตนเอง

2. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 8 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโดยอาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ประกอบด้วย กิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยอาศัยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ

(1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) โดยจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและการให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

(2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยนำเสนอวิธีการผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว (ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ)

(3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงลงมือปฏิบัติวิธีการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสะท้อนคิดประสบการณ์ตนเองที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ

(4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจด้วยตนเอง ให้กำลังใจและกล่าวชมเชย

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลน้ำริด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเดียวกันกับผู้ที่ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในแผนโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายตามข้อเสนอแนะ

1.2 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จี๊วงาม จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพก่อนใช้จริง วิเคราะห์ความเชื่อมั่นสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83, .81 และ .93

2) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน

3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการประยุกต์ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงความถูกต้องของภาษาตลอดจนเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประเมินสัมพันธภาพทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ และสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุวัยต้น และนำเสนอตัวแบบจากข่าวโทรทัศน์ สื่อโทรทัศน์ ภาพนิ่ง ตัวแบบเรื่องเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากชีวิตจริงผู้สูงอายุของเพื่อนบ้าน ในด้านดีและไม่ดี

ครั้งที่ 2 สร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และนำเสนอตัวแบบจากข่าวโทรทัศน์ สื่อโทรทัศน์ ภาพนิ่ง ตัวแบบเรื่องเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากชีวิตจริง ผู้สูงอายุของเพื่อนบ้านในด้านดีและไม่ดี สาธิตและสาธิตย้อนกลับ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (การตรวจชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกายและการนับหายใจ) เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่ม ๆ ละ 10 คน

ครั้งที่ 3 สร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือและทบทวนเนื้อหาที่บรรยายและสาธิตทั้งหมด ผู้วิจัยสอดแทรกด้วยการใช้คำพูดชักจูง ชักชวนและการกระตุ้นทางอารมณ์ให้แสดงความคิดเห็น ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยเมื่อก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่วัยสูงอายุ การแนะนำบุคคลในครอบครัวตนเองให้สนใจและร่วมกันดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและแลกเปลี่ยนความรู้สึที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 4 - 7 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยผู้ดูแลและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 เพื่อสอบถามและกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สอบถามปัญหาและให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นการฝึกปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุและในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มากกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 8 การทบทวนความรู้และทักษะในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สรุปกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น กล่าวชมเชยให้กำลังใจผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นและมีความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ

สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป สัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 51–60 ปี ร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ย 52.66 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ สถานภาพโสด ร้อยละ 20.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 13.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 26.7 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001–15,000 บาท ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ น้อยกว่า 10,000 บาท รายได้เฉลี่ย 8,123.33 บาท รายได้ต่ำสุด 1,200 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท

ผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุระหว่าง 71–80 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 81–90 ปี ร้อยละ 33.3 อายุเฉลี่ย 79.93 ปี อายุต่ำสุด 66 ปี อายุสูงสุด 96 ปี ผู้สูงอายุมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 63.3 ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 36.7 **มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.3 (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พิการ) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1–5 ปี ร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ 6–10 ปี ร้อยละ 23.3 ระยะเวลาเฉลี่ย 6.63 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 25 ปี สถานะบิดา/มารดา ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ปู่ย่า ตา ยาย ร้อยละ 30.0 และญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

2. ก่อนการทดลองสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.22$, $SD=.62$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.42$, $SD=.45$) สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

3. ก่อนการทดลองการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.30$, $SD=.54$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$, $SD=.41$) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

4. ก่อนการทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, $SD=.65$) หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.15$, $SD=.48$) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลโดยรวมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

4.1 ก่อนการทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.38$, $SD=.55$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.55$, $SD=.35$) การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

4.2 ก่อนทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.81$, $SD=.71$) หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.15$, $SD=.46$) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

4.3 ก่อนทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.32$, $SD=.104$) หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.58$, $SD=.82$) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสังคมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

4.4 ก่อนทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.21$, $SD=.75$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.32$, $SD=.61$) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านเศรษฐกิจหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
สัมพันธภาพภายในครอบครัว	4.22	.62	มาก	4.42	.45	มาก	7.826	.000 *
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.30	.54	มาก	4.45	.41	มาก	4.428	.000 *
การดูแลผู้สูงอายุโดยรวม	3.93	.65	มาก	4.15	.48	มาก	4.572	.000 *
ด้านสุขภาพ	4.38	.55	มาก	4.55	.35	มาก	3.597	.001 *
ด้านอารมณ์และจิตใจ	3.81	.71	มาก	4.15	.46	มาก	4.922	.000 *
ด้านสังคม	3.32	1.04	ปานกลาง	3.58	.82	ปานกลาง	3.205	.003 *
ด้านเศรษฐกิจ	4.21	.75	มาก	4.32	.61	มาก	2.641	.013 *

* p < .05

อภิปรายผล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 51 – 60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 13.3 สัดส่วนประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงสุด ร้อยละ 50.0 ผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลน้ำริด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 71 – 80 ปี ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 63.3 ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 36.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.3 (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พิการ) สอดคล้องกับการศึกษาของสุมิตรา วิชา และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 78.15 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเคยเข้าอนรักษานในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผลการศึกษาของวิภา เฟิงเสงี่ยม และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตร พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลก่อนข้างดีจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่ เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 30.0 และญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดความตระหนักและความเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา จะอยู่ด้วยกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวสูงอายุและมีปัญหาสุขภาพ ผู้ที่รับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลาน ซึ่งดูแลด้วยความรักและความเคารพผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน พุดจาถ้อยที่ถ้อยอาศัย เมื่อมีปัญหาของครอบครัว จะปรึกษาและหาแนวทางการแก้ไข สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเรื่องสำคัญ สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุในวันหยุด สมาชิกในครอบครัวเชื่อฟังคำสั่งสอน คำแนะนำของผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน หลังการทดลองดีกว่า

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่สมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกันเป็นประจำ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่สามารถพูดคุยเพื่อนสนิท เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เกี่ยวกับการไปรับบริการสุขภาพเบื้องต้นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรับสวัสดิการและสิทธิผู้สูงอายุจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และได้รับการสนับสนุนสวัสดิการต่างๆ จากชุมชน เพิ่มขึ้น แต่การได้รับการเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด เทศบาลตำบลน้ำริด ได้รับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาพบปะพูดคุยที่บ้านเพื่อให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุและการนำเบี้ยผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ที่เน้นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ตามที่เป็นอยู่ การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนการบำบัดฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในสังคม รวมทั้งการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตอย่างสงบ ดังนั้นการจัดบริการโดยรวมในกลุ่มนี้จึง “เน้นบริการเชิงรุกที่เข้าถึงที่บ้าน” เป็นบริการที่จัดให้รายบุคคล มีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุและครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุก่อนซื้อหรือเตรียมอาหาร จัดหาอาหารบำรุงร่างกาย ผักและผลไม้ให้ผู้สูงอายุรับประทาน จัดที่อยู่อาศัยหรือที่นอนให้แก่ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของผู้สูงอายุให้สะอาดเสมอ ดูแลผู้สูงอายุ ทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ดูแลและอำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะเดินทางตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี และจัดหาและพาผู้สูงอายุไปตรวจรักษาเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การดูแลเกี่ยวกับอาหารการกินให้ผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า หลังการทดลอง การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันสงกรานต์ งานบุญหมู่บ้าน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสาและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องจัดขึ้น เช่น ทำบุญขึ้น บ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติพี่น้อง หรือเพื่อนและการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า หลังการทดลอง ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำ ค่าไฟ ดีกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) แต่การให้เงินผู้สูงอายุอย่างพอเพียง เพื่อใช้จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ เช่น ทำบุญ กิจกรรมของหมู่บ้าน การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเดินทางไปพบแพทย์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งการแสดงบทบาทของสมาชิก จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

คิดบ้านคิดเตียง รวมทั้งประเมินปัญหา อุปสรรคและแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถพัฒนาการทำหน้าที่ตามบทบาทที่มีทั้งต่อตนเองและต่อสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ด้านการสื่อสารในครอบครัว ช่วยสะท้อนทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมาสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียง ด้านการแสวงหาทางอารมณ์ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักชัดในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง เพื่อการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกและด้านการถ่ายทอดความรู้สึก ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความห่วงใยเอาใจใส่และการเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (Crandall, 1980) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงส่วนใหญ่มักจะคอยจัดหาและดูแลอาหาร การดูแลเมื่อเจ็บป่วยและอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง การสังเกตอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียง เนื่องจากผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น มีอาการซึมเศร้า อารมณ์อ่อนไหวง่าย ขี้บ่นขี้ใจ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงและครอบครัวต้องมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยการพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงและครอบครัวจะช่วยเหลือค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ เช่น ค่าแพมเพอร์ ค่ายาและค่ารักษาพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน เพื่อรับรู้ข่าวสารและความเป็นไปของสังคม กิจกรรมทางสังคมส่วนใหญ่ที่ครอบครัวจะพาผู้สูงอายุไปเข้าร่วมมักจะเป็นกิจกรรมทางศาสนา มากกว่าด้านอื่น ๆ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงส่วนใหญ่มักคาดหวังว่าจะให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลก่อนข้างดีจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุคิดเตียง โดยอาศัยปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจ แต่การทำหน้าที่ระยะยาวส่งผลให้ประสบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและปัญหาด้านการเงิน ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องมีการดูแล ส่งผลให้มีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุมิตรา วิชา และคณะ (2561) ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนควรตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและการดูแลตนเอง กลุ่มคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนควรมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ในการทำงาน วางแผนการใช้ทรัพยากรในชุมชน (บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการบริหารจัดการ) ร่วมกัน รวมถึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสารสนเทศและการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแล คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียง (Badura, 1997) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียง ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงและการให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) โดยผู้วิจัยนำเสนอวิธีการดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียงในครอบครัว (การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านเศรษฐกิจ) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดบ้านคิดเตียง

ลงมือปฏิบัติวิธีการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว ได้แก่ การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านเศรษฐกิจ และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสะท้อนคิดประสบการณ์ตนเองที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้จริง การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว ได้แก่ การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านเศรษฐกิจด้วยตนเอง การให้กำลังใจ และกล่าวชมเชย ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพกายและใจให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการพัฒนาระดับความรู้ และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

2.2 ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณ นายรณภพ เกตุทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ (ด้านยุทธศาสตร์สาธารณสุข) อาจารย์พิศิษฐ พวงนาค ข้าราชการบำนาญ (วิทยาจารย์) กระทรวงสาธารณสุข อาจารย์ ดร. นภดล เลื่อนนกรบ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ นายสมศักดิ์ มีอ่วม สาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ปรึกษาชี้แนะแนวทางการวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยนี้ และตอบแบบสอบถาม จึงทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลระยะยาว (Long term care) สำหรับทีมหมอบรรเทา. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไชเบอร์พรีนซ์ กรุ๊ป จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์ และคณะ. (2559). สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(2). 54-62.
- วิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(3), 83 -95.
- สุมิตรา วิชา และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มมติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ฮ่อมห้า อ. แม่ทะ จ. ลำปาง). วารสารวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.). online ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2561, จาก<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4827>.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- Bandura, A. (1997). Self – efficacy the exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Best, J. W. and Kahn J.V. (1993). Research in Education. 7th ed. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Crandall RC. (1980). A behavioral science approach. Massachusetts: Addison-WesleyJournal of Personality and Social Psychology. 38(7)
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

ประวัติผู้เขียนและผู้ร่วมเขียน

ชื่อ - สกุล	นายพรเทพ ธาราเวชรักษ์	
ประวัติทางการศึกษา	พ.ศ. 2534	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	พ.ศ. 2536	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	พ.ศ. 2550	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่งหน้าที่	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)	