

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Potential Development Model of the Elderly's Caregivers with Participation of the Community Network Pa Sao, Muang, Uttaradit

ศศิธร สุขจิตต์^{1*}, จงรัก ดวงทอง¹ และ วรวุฒิ ฐะคำ¹

Sasithorn Sukjit^{1*}, Jongruk Duangthong¹ and Worrawut Thuwakum¹

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี^{1*}

Faculty of Science and Technology Uttaradit Rajabhat University^{1*}

(Received: April 15, 2020; Revised: December 3, 2020; Accepted: December 10, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการพัฒนา
ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ
Gibson 4 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ใช้วิธีการเลือก
แบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การรับรู้พลัง
อำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสนทนากลุ่ม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Paired Sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
ผลการวิจัยพบว่า

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัด
อุดรธานี คือ NIRACHALA Model ประกอบด้วย Network: การมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ Interaction: การ
สร้างปฏิสัมพันธ์ Resource Support: การสนับสนุนงบประมาณทั้งด้านการเงิน บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ
จากเทศบาลและหน่วยงานภาคีเครือข่าย Attitude: การสร้างทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุให้กับกลุ่ม
ผู้ดูแลและชุมชน Community: การเตรียมความพร้อมให้ชุมชน เกิดความเข้าใจ รับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ Home
Health Care: จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน Activity for Health: การจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ Literacy: การ
เสริมสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ดูแล Achievement: การบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน จนเป็นต้นแบบ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่น” ซึ่งผลการใช้
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ความสามารถ
ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
และมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น การเสริมพลังอำนาจและสร้างการมีส่วนร่วม ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
มีกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้และการดูแลอย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความ
เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ, ภาคีเครือข่ายชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sasithorn@uru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-4361414)

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate the potential development model of the elderly caregivers at Pa Sao sub-district, Muang district, Uttaradit province by using Gibson's four empowerment procedures. Participants were 30 elderly caregivers recruited by purposive sampling. Quantitative data were collected in 2 parts; 1) caregivers' knowledge and rehabilitation skills of the elderly; and 2) caregivers' self-efficacy (Cronbach's alpha coefficient=0.87), while qualitative data were collected by focus groups. Descriptive statistics and paired t-test were used to analyze quantitative data and content analysis was used to analyze qualitative data.

The results revealed that the potential model developed according to the community context of Pa Sao sub-district, Muang district, Uttaradit province was called "NIRACHALA Model" standing for Network (having the elderly care networks), Interaction (having the interaction within networks), Resource support (having budget, personnel and material support from municipalities and associated networks), Attitude (creating positive attitudes of the elderly caregivers and community), Community (preparing knowledge and value awareness of the community), Home Health Care (organizing the elderly home care services), Activity for Health (organizing activities for enhancing elderly health), Literacy (enhancing knowledge of the caregivers), and Achievement (achieving the ultimate goals set of the elderly care in both family and community leading to be role model of the elderly care system participated by local community). The evaluation of the model showed that after using the model, the elderly caregivers improved their knowledge and rehabilitation skills to take care of the elderly, and also enhanced their self-efficacy significantly higher than before using the model ($p < 0.01$ and $p < 0.05$ respectively).

Consequently, the empowerment procedure and community participation employing to develop the effective and systematic model for improving potential of the elderly caregivers, and also continuous monitoring and evaluation of the caregivers' potential according to the community context can be appropriate and practical to use as the area-based for taking care of the elderly health.

Keyword: Caregivers, Potential Development Model, Community Network

บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” ประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้โครงสร้างประชากรของโลกในช่วง ศตวรรษที่ 21 เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population Aging) และในอนาคตจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของโลก (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) ซึ่งประเทศกลุ่มอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้วมี 3 ประเทศ คือ สิงคโปร์ร้อยละ 18 ไทยร้อยละ 16 และเวียดนาม ร้อยละ 10 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ.2543 และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Ageing Society) ในปี พ.ศ.2564 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2558) ซึ่งในปี 2563 คาดว่าผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวน 12.6 ล้านคน คิดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย สัดส่วนนี้จะยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดในปี 2583 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า โดยที่มากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันแม้ในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.8 ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ถึง 1 ใน 5 พบว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแลการ

เพิ่มขึ้น (โครงการสุขภาพคนไทย, 2562) ซึ่งมีข้อมูลจากการสำรวจในมิติสุขภาวะทางกายและใจของผู้สูงอายุของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม. POLL) พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขที่ระดับ 6.6 (คะแนนเต็ม 10) ซึ่งถือว่า มีความสุขพอสมควร แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่ยังไม่มีความสุข โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการจากครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 39 คือการดูแลเอาใจใส่ ทั้งด้านการเงิน พาไปหาหมอ ขณะที่ร้อยละ 38 ต้องการการพูดคุยบอกรัก ถามไถ่ทุกข์สุข และร้อยละ 22 ต้องการการสัมผัส กอด หอม จูบมือ หรือบิบนวดผ่อนคลาย สำหรับรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 57 คิดว่าเป็นความสุขทางจิตใจ และอารมณ์ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ร้อยละ 25 มีสุขภาพที่ดี แข็งแรงร้อยละ 10 มีความสุขจากการที่ได้ทำประโยชน์ และเป็นที่ต้องการของสังคม และร้อยละ 8 มีเงินใช้จ่ายใช้สอย (ปรเมธี วิมลศิริ, 2562)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เคยมีแนวทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จากเดิมโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวหลายรุ่น บทบาทของผู้ดูแลของสังคมไทยในอดีต จะเป็นญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของไทยที่ถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัว นอกจากนี้ในสังคมชนบท พบว่าเพื่อนบ้านมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการ ระบุว่า การดูแลผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่ของครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หากไม่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนอาจส่งผลด้านภาระการดูแลความเครียดให้กับผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ (กิริติ กิจธีระวุฒิมวงษ์ และนิธรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561) อุดรดิตต์เป็นหนึ่งในจังหวัดทางภาคเหนือที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นจังหวัด ที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรกของประเทศไทย จากรายงานสถิติผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุพบว่า จังหวัดอุดรดิตต์มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2559 มีประชากรสูงอายุ 85,023 คน คิดเป็นร้อยละ 18.60 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2562 มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 95,380 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ขาดการดูแลและส่งเสริมด้านสุขภาพร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ ขาดความรักความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และมีปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเขา, 2560) ในปัจจุบันตำบลป่าเขามีผู้สูงอายุจำนวน 1,326 คน จากการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ในปี พ.ศ. 2561 โดยผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า เทศบาลตำบลป่าเขาได้ดำเนินการแจกเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยยังไม่มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน มีเพียงการจัดตั้งชมรมรวมกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ถึงร้อยละ 90 สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นลักษณะการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัวมีทั้งที่เป็นบุตรหลานและผู้สูงอายุดูแลกันเอง ซึ่งยังขาดความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ (กิตติวรรณ จันทฤทธิ์ และคณะ, 2562) ประกอบกับจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร CG มีไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความสามารถ มีพลังอำนาจในตน มีความมุ่งมั่น และมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ ได้จัดให้มีการลงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลป่าเขากับคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักวิจัยและตัวแทนชุมชนในการดำเนินงานวิจัยเชิงพื้นที่และพันธกิจสัมพันธ์ ทางหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์จึงร่วมกับเทศบาลตำบลป่าเขาพัฒนาใจวิทยวิจัยเพื่อชุมชนท้องถิ่นขึ้น ในประเด็นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลป่าเขา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตต์ เพื่อร่วมกันวางแผนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงศักยภาพและความพร้อมของตนเอง รวมทั้งสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ถูกต้องและเหมาะสมกับวัฒนธรรมอันดีงามต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ Gibson (Gibson, 1991) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม อย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการเสริมพลังอำนาจนี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยและมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตัวแทนสมาชิกสภาเทศบาล เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลป่าเช่าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และอาจารย์จากหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต รวมทั้งสิ้นจำนวน 68 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย

1.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน จำนวน 15 คน

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเช่า หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 8 คน

1.3 ผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชุมชน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 8 คน

1.4 สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลป่าเช่าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน

1.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเช่า 1 คน

1.6 อาจารย์จากหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จำนวน 3 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ได้จากการเลือกแบบเจาะจง จากครอบครัวที่มีผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยพัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson 4 ขั้นตอน (Gibson, 1991) ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และทำการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangular Methods) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันและเปลี่ยนตัวผู้สัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบ จนได้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินรูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย

แบบทดสอบความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุ การเกิดโรคเรื้อรัง และการดูแลการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจัดระดับคือ ระดับสูง (คะแนน 16-20) ระดับปานกลาง (คะแนน 12-15) และระดับต่ำ (คะแนน 0-11) (Bloom, 1971) และส่วนที่ 2 คือ การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุดได้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคือ ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา วัตถุประสงค์และการวัด แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67-1.0 รวมทั้งหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการจัดการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อเรียนรู้ปัญหาความต้องการร่วมกันและออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกระบวนการ 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง คือ การวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ การจัดลำดับความสำคัญ รวมทั้งการวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ การหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยใช้คำถามสะท้อนคิด ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือทำ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ดูแล ยกตัวอย่างปัญหาหรือผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการร่วมคิดและออกแบบโดยภาคีเครือข่ายวิชาการและชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ กิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามความก้าวหน้าสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ของทีมวิจัย อสม. และเจ้าหน้าที่เทศบาล เพื่อให้คำแนะนำและติดตามความก้าวหน้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจากการเยี่ยมบ้าน จะมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลแต่ละครอบครัว ถ้าพบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการกลุ่มในการร่วมมือแก้ไขปัญหา ถ้าหากการดูแลตามกระบวนการเรียนรู้เกิดประสิทธิภาพ หรือความสำเร็จ ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถและคงไว้ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ถ้าไม่สำเร็จจะได้รับกำลังใจในการปรับปรุง แก้ไขและปฏิบัติต่อไป จากกระบวนการกลุ่มและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในกลุ่ม จะช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2. การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ประเมินผลการพัฒนาด้วยการทดสอบความรู้ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และการรับรู้พลังอำนาจตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จำนวน 30 คน รวมทั้งประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และ Focus Group เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และการรับรู้ถึงอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test
3. การวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 003/61

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 43.9 ปี ($SD=11.9$) อายุมากที่สุด คือ 68 ปี และน้อยที่สุดคือ 24 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.3 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 53.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.7 ผู้สูงอายุที่ดูแลมีอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 48.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 27.0 และดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน 3 - 4 ปี ร้อยละ 46.7

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการพัฒนารูปแบบ ทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชน คือ NIRACHALA Model ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

N = Network หมายถึง การมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ โดยการทำข้อตกลงความร่วมมือกันระหว่างมหาวิทยาลัยและเทศบาล เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยการให้นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์และอาจารย์ จากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุตามหลักสูตร รวมทั้งปราชญ์ชุมชน ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เข้ามาหนุนเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุ

I = Interaction หมายถึง การสร้างปฏิสัมพันธ์ การรวมตัวกันของคนกลุ่มเล็ก ๆ ที่อาสาช่วยดูแลผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านด้วยการนัดกันไปเยี่ยม พูดคุย ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จนก่อให้เกิดการกำหนดนโยบายในการสร้างหมู่บ้านต้นแบบการบริหารจัดการผู้สูงอายุในหมู่ที่ 3 และตั้งชื่อว่า “หมู่บ้านนิรชรา” โดยเริ่มจากการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อมาทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย การฝึกอาชีพหรืองานฝีมือ เช่น การทำไม้กวาด ดอกไม้จันทร์ น้ายาล้างจาน และการทำไข่เค็ม ซึ่งผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน นำไปประกอบอาชีพหรือหารายได้เสริม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น ทำประโยชน์กับสังคมให้มีคุณค่า เป็นภูมิปัญญาของสังคม

R = Resource Support หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณทั้งด้านการเงิน บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ จากเทศบาลและหน่วยงานภาคีเครือข่าย สำหรับให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

A = Attitude หมายถึง การสร้างทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุ ให้กับกลุ่มผู้ดูแลและชุมชน รวมทั้งการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในระดับเยาวชน

C = Community หมายถึง การเตรียมความพร้อมให้ชุมชน เกิดความเข้าใจ รับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ รวมถึงการช่วยเหลือ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สร้างระบบแกนนำ อาสาสมัคร และเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พึ่งพาตนเองภายในชุมชน โดยการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้การเป็นจิตอาสาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

H = Home Health Care หมายถึง จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของเทศบาล ซึ่งนำโดยนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลป่าเป้า ผู้บริหาร บุคลากร ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพื่อมอบสิ่งของ อุปโภค บริโภคส่งเสริมขวัญและกำลังใจ รวมถึงให้ความรู้ คำแนะนำและติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุก ๆ เดือน เดือนละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง

A = Activity for Health หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ โดยให้มีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นสำคัญ

L = Literacy หมายถึง การเสริมสร้างความรอบรู้ โดยการอบรมแกนนำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิก อสม. และคนในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ มีพลังอำนาจและมีทักษะในการปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง

A = Achievement หมายถึง การบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน จนเป็นต้นแบบ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่น” ที่สามารถให้ท้องถิ่นอื่นๆ เข้ามาศึกษาดูงานและเรียนรู้ได้

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนน 16-20)	4	13.30	18	60.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 12-15)	20	66.70	12	40.00
ระดับต่ำ (คะแนน 0-11)	6	20.00	-	-

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในการดูแล และ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) รองลงมาคือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 20.00) หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.00)

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

ระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเอง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	10	33.30	17	56.70
ระดับปานกลาง	20	66.70	13	44.30

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่การรับรู้พลังอำนาจตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 33.30) หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่การรับรู้พลังอำนาจตนเอง อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.70) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.30)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการพัฒนา	30	12.60	1.05	<.001*
หลังการพัฒนา	30	17.10	2.11	
การรับรู้พลังอำนาจตนเอง				
ก่อนการพัฒนา	30	3.36	1.77	.003*
หลังการพัฒนา	30	3.82	2.36	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 12.60 คะแนน ($SD=1.05$) และการรับรู้พลังอำนาจตนเองเท่ากับ 3.36 ($SD=1.77$) หลังการพัฒนา ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นเป็น 17.10 คะแนน ($SD=2.11$) การรับรู้พลังอำนาจตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 3.82 ($SD=2.36$) ดังนั้น หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และการรับรู้ พลังอำนาจตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความกระตือรือร้นให้ความสนใจและนำไปปฏิบัติ มีการกำหนดกิจกรรมเยี่ยมบ้านในแต่ละเดือนโดยทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมมากขึ้น ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพและมอบเครื่องอุปโภคบริโภคสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) รวมทั้งการให้ความร่วมมือด้านการดูแลผู้สูงอายุของผู้นำและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเพิ่มขึ้น ดังนั้น กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การเสริมพลังอำนาจทำให้เกิดการรับรู้ปัญหาและมีการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการจัดกิจกรรมและการเรียนรู้ตามฐาน ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องแสดงความคิดเห็น ฝึกการแก้ไขปัญหา รวมทั้งต้องใช้ทักษะทางสังคมและการสื่อสารในการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสนใจและมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การมีความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการจัดสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ การจัดอบรมเชิง ปฏิบัติการ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามความก้าวหน้าสำหรับการดูแลผู้สูงอายุใน ด้านต่าง ๆ ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบล ป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีประสิทธิภาพที่ดีเนื่องจาก 1) ชื่อรูปแบบคือ NIRACHALA Model ซึ่งเป็น ชื่อชมรมผู้สูงอายุตำบลป่าเช่าที่เกิดจากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตั้งชื่อ ‘นิร’ แปลว่า ไม่ ‘ชรา’ แปลว่า แก่ รวม สองคำ ก็คือเป็นวิทยาลัยที่ไม่แก่ และไม่มีคนแก่ในวิทยาลัยนี้ ดังนั้นทุกคนจึงต้องการให้ชื่อนี้มีชื่อเสียง ต้องการ ให้ทุกคนรู้จัก ขณะเดียวกันชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทั้งประธานชมรม คณะกรรมการและสมาชิกชมรมซึ่งมี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิก เมื่อเทศบาลมีแนวความคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุขึ้น อสม. ซึ่งมีความเข้มแข็งและ สังคมความรู้ มีศักยภาพพร้อมจึงยินดีสมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะเดิมก็เป็นคนทั่วไปดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา ที่อยู่ใกล้บ้านอยู่แล้ว มีข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบจึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านกระทำได้ ง่ายขึ้นขณะเดียวกันมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคประชาชน นักศึกษา สาธารณสุข อาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรเทศบาลตำบล ป่าเช่า และองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ (Network) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเน้นการทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ เพื่อให้ ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนงบประมาณ (Resource Support) มีการ สร้างทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุให้กับกลุ่มผู้ดูแลและชุมชน (Attitude) มีการเตรียมความพร้อมของ ชุมชน (Community) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของเทศบาล (Home Health Care) การจัดกิจกรรมเพื่อ ผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ (Activity for Health) การเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ดูแล โดยการอบรมแกน นำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่เป็น อสม. และคนในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล (Literacy) และการบรรลุ ความสำเร็จตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน (Achievement) จนเป็น ต้นแบบ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่น”

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและมีการรับรู้พลังอำนาจตนเอง มากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของ กาญจนา บัตรรัมย์ (2558) ซึ่งพบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มากกว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจและเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ (เนตรนิภา จันตระกูลชัย, 2557) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ 1) การพัฒนาตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น 2) ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of Mastery) ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) มี ความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of Satisfaction) และ 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and Meaning in Life) มีความภาคภูมิใจในตนเองและมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบและ ต่อผู้อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเสริมพลังโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับการทำวิจัยเชิงพื้นที่ ดังนั้นหากมีการวิเคราะห์ทุนศักยภาพชุมชนแล้วควรจัดเวทีเพื่อคืนข้อมูล เพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับรู้รับทราบและมีส่วนร่วมในการสะท้อนต่อข้อมูลและร่วมวางแผนการพัฒนาต่อไป

2. การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสาธิต การฝึกปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามความก้าวหน้าสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในองค์ความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ ควรเน้นการฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว

References

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กาญจนา บัตรรัมย์. (2557). การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ตำบลหนองหัวแรด อำเภอนางรองบุรีรัมย์ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศักยภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- กิตติวรรณ จันทฤทธิ์ และคณะ. (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลปลาเผาอำเภอมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 14(1), 67
- กิริติ กิจธีระวุฒินันท์ และนิทรา กิจธีระวุฒินันท์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(4), 15-24.
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2562). จำนวนและสัดส่วนประชากรไทยที่เป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป). สุขภาพคนไทย 2562 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนตรนิภา จันตระกุลชัย. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรุงเทพมหานคร.
- ปรเมธี วิมลศิริ. (2562). ผลสำรวจสุขภาพทางกายและใจของผู้สูงอายุ. พม. POLL ศูนย์สำรวจความคิดเห็นทางสังคม โดยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุโลกกับการเตรียมการรับมือสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2558). รายงานคณะกรรมการปฏิรูปะบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361