

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิภา เพ็งเสงี่ยม กม.* พัทธรัตน์ ไชยสังข์ พย.ม.** ปัญญกรณ์ ยะเกษม พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสมเด็จย่า 84 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในความรับผิดชอบดูแล ความรุนแรงระดับน้อย-ปานกลางระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรม 5 ครั้ง ใช้เวลา 10 สัปดาห์กลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบสัมพันธภาพการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Chronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.86 และ 0.89 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสถิติ t-test independent และ pair t-test

ผลวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.000) และภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.000) เช่นกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพนำโปรแกรมไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดูแล (Care giver) เช่น บุตร หรือญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้พลังอำนาจ การปฏิบัติการดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

**อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

Outcome of Empowerment Program on Perceived Empowerment and Caregiving Practice of Health Volunteers to Dementia of Elderly

Vipa Pengsa-ium M.Ed.* Phatcharaphan Chaivasung MNS.**

Panchabhorn Yakasem MNS.**

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of an empowerment program on perceived empowerment and practice of health volunteers to dementia of elderly. Research samples were purposive selected from health volunteer of primary care (Somdejya 84) in Bueng Nam Rak, Thanyaburi District, Prathumthani Province, have been responsibility had lower and middle class. The duration is August to October 2014. Each 30 elderly people had assigned into one experimental group and one control group. The on experimental group received the empowerment program five times in ten weeks, while the control group received routine education. The research instrument were the empowerment program was able to apply empowerment theory, the perceived empowerment questionnaire and a questionnaire caregiving practice of health volunteers to dementia elderly. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test independent and pair t-test.

The results showed that the subjects in the experimental group significantly improved their empowerment after participating in the empowerment program level and significantly higher than that of the control group ($p < 0.000$) After the experiment, the mean score of empowerment program on perceived empowerment, also significantly higher than that of control group ($p < 0.000$)

Conclusions and suggestion. The finding suggest that the health team bring to the empowerment program for health volunteers to dementia elderly in community and should be to the develop empowerment program of caregiver as child or relative to dementia elderly.

Keywords : Empowerment, Perceived Empowerment, Caregiving Practice, Health Volunteers

* Dean of the Faculty of Nursing at St Theresa International College

** Nursing Instructors of the Faculty of Nursing at St Theresa International College

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มนุษย์มีชีวิตรยืนยาวขึ้นปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญอันดับต้นที่ทั่วโลกกำลังประสบอยู่และจะทวีความรุนแรงเมื่อประชากรมีอายุมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณ 5.3 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2050 จำนวนจะเพิ่มเป็น 11-16 ล้านคน ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อาจมีมูลค่ามากถึง 172,000 ล้านดอลลาร์และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยพบว่า ปีพ.ศ.2549 มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 229,000 คน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน² ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึงกลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้าๆและต่อเนื่องส่งผลให้บุคคลมีการสูญเสียความจำและความผิดปกติด้านเชาวน์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้านเช่นการใช้ภาษาการระบุสิ่งของ การคิดการตัดสินใจ การเคลื่อนไหวโดยที่ระดับความรู้สึกตัวปกติและอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม'กลุ่มอาการสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุด้วยกันแต่โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่พบเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60 - 70³ และเป็นความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมองที่ไม่อาจรักษาได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวนบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพและการดูแลตนเองในที่สุดทุกขภาวะจึงตกแก่ผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนับเป็นหัวใจสำคัญของวงการสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70-80 ได้รับการดูแลที่บ้าน⁴ และในปัจจุบันสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ มีนโยบายลดจำนวนวันนอนพักในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่ยังมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁵ โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง⁶ เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะปานกลางปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตที่ผิดปกติมีการแสดงออกอย่างเด่นชัดมากขึ้น⁷ นับเป็นช่วงวิกฤติที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ถูกต้องเพื่อให้ตลอดช่วงระยะการดำเนินโรค ภาวะสมองเสื่อมที่อาจจะยาวนานถึง 15 ปี⁸

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกว่า อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะที่เป็นกลุ่มชุมชนและระดับบุคคล มีความสำคัญเพราะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนเป็นตัวจักรสำคัญที่จะทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ตลอดจนทำหน้าที่ประสาน และดำเนินงานให้กรมกองต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างเป็นที่น่าพอใจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดจึงมีบทบาทและอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตลอดจนสามารถเป็นที่ปรึกษาในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้บทบาทหนึ่งที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นการดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพให้เพื่อนบ้านได้รู้ได้เห็นและกระทำตามเป็นแบบอย่างรวมทั้งถ่ายทอดความรู้ชักนำเพื่อนบ้านให้ปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่

เหมาะสม¹⁰สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ที่ระบุว่าบุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องใช้ทั้งเวลา ความอดทน ความเสียสละ พลังกาย พลังใจ นอกจากนี้หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลจะทำให้ญาติและผู้ป่วยสับสน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่งผลให้คุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเผชิญกับปัญหา และจัดการการดูแลหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง³ การจัดรูปแบบการให้สุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง¹¹ การให้คำปรึกษา¹² การจัดโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน⁸ การจัดโปรแกรมฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแลขั้นสูงที่บ้าน¹³ การจัดโปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน¹⁴ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีการแสดงออกด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตที่ผิดปกติลดลงหรือมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายกลุ่มกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Early Stage) โดยมีจุดประสงค์เพื่อชะลอการดำเนินของโรคและจัดการกับอาการแสดงของโรคอัลไซเมอร์พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ดีขึ้นมองเห็นคุณค่าในตนเองรู้สึกไม่โดดเดี่ยวมีกำลังใจต่อสู้กับชีวิตที่มีด้นเช่นเดียวกับการนำแนวคิดการเสริมสร้าง

พลังอำนาจมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง เช่น หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง⁴ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจ สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต มีความมั่นใจในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ และตัดสินใจดำเนินกิจกรรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจทั้งของตนเอง ผู้วิจัยจึงเห็นว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเหมาะสมที่น่าจะมาเป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีบำบัดทางการพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹⁵ เพื่อช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รับรู้ถึงพลังอำนาจซึ่งจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งมีส่วนร่วมกับการดูแลสุขภาพในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ตนเองรับผิดชอบดูแลอยู่ ตามแนวคิดการสร้างพลังเชื่อว่าบุคคลทุกคนต้องเชื่อมั่นในพลังความสามารถของตนว่าปฏิบัติได้จริงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะกระทำสิ่งที่ต้องการคือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมการสร้างพลังมิใช่เป็นเพียงการสอน การฝึกฝน แต่เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ เพื่อการดูแลภาวะสุขภาพได้จริงซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือคลินิกสมองเสื่อมสามารถนำไปประยุกต์ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเป้าหมายหลักคือ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพจนวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

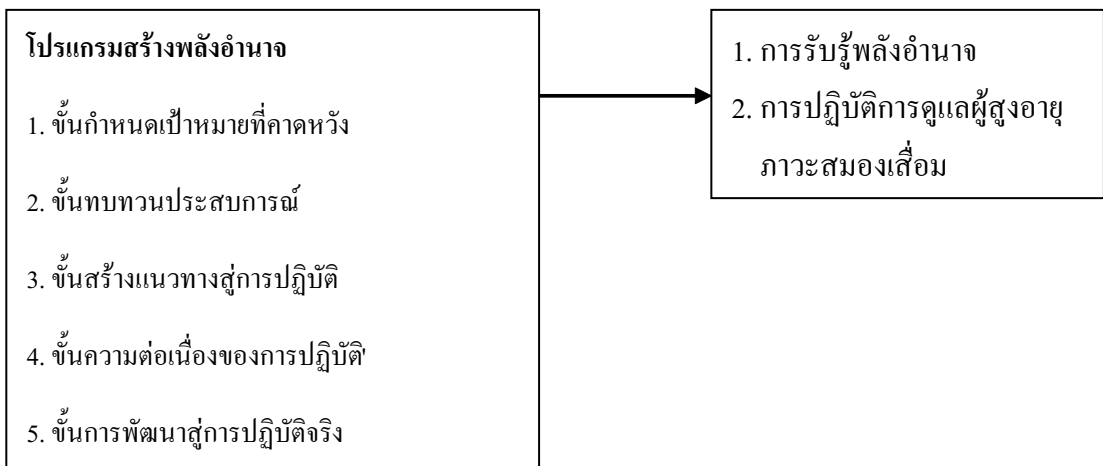
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ความรู้ปกติ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ความรู้ปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดพื้นฐานในโปรแกรมการสร้างพลัง ที่มีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนกำหนดเป้าหมายที่คาดหวัง 2) ขั้นตอนทบทวนประสบการณ์ 3) ขั้นตอนสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ 4) ขั้นตอนความต่อเนื่องของการปฏิบัติและ 5) ขั้นตอนพัฒนาสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับพื้นฐานความสามารถของบุคคลที่มีความตั้งใจและสนใจกระทำพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การสร้างพลังเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ น่าจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดพลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental design) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557

กลุ่มประชากรได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศหญิงและชายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสมเด็จพระเจ้า 84 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดปทุมธานีจำนวน 256 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศหญิงและชายที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในความรับผิดชอบ ความรุนแรงระดับน้อย-ปานกลางคือ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อมระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสมเด็จพระเจ้า 84 และสะดวกให้ติดตามที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองให้มากที่สุด (match pair) โดยพิจารณาแต่ละคู่ ดังนี้ เป็นเพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษาในระดับเดียวกัน กลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1993)¹⁵ ซึ่งมีการดำเนินการอย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริม

ให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมีพลังในการให้การดูแลและมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและดูแลตนเองอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในการดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบโดยมีการดำเนินการ 5 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์หลังจากผู้วิจัยให้ความรู้, สาธิตและสาธิตย้อนกลับ กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แล้วมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฝึกทบทวนการปฏิบัติด้วยตนเองก่อนนำไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งโดยปกติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุก 1-2 สัปดาห์ และขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทบทวนประเด็นสำคัญก่อนให้ความรู้ และฝึกประสบการณ์ครั้งต่อไป

1.1 ครั้งที่ 1 ขึ้นกำหนดเป้าหมายที่คาดหวัง ขึ้นแรกของการสร้างพลังได้ใช้กิจกรรม “ฝันดี-ฝันร้าย” โดยให้แต่ละคนกำหนดและเขียนความต้องการและอนาคตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและสิ่งที่คาดหวังจากการทำกิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลา 8 วัน

1.2 ครั้งที่ 2 ขึ้นทบทวนประสบการณ์การทบทวนประสบการณ์เป็นการเริ่มต้นกำหนดแนวทางในการปรับเปลี่ยนชีวิตตนเองเป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ใช้กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างกว้างๆหลากหลาย ใช้กิจกรรม “ดอกไม้มหัศจรรย์” โดยให้แต่ละคนหมุนเวียนกันถือดอกไม้มหัศจรรย์ ขณะถือ

ดอกไม้จะสามารถพูดหรือซักถามเรื่องราวต่างๆ ได้ และกิจกรรม “ละครใบ้โยโยสาเหตุปัญหา” เป็นการกำหนดประเด็นปัญหาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไว้กว้างๆ และให้สมาชิกวิเคราะห์สาเหตุในสถานการณ์ที่พบบ่อยในชุมชน แล้วให้คิดวิเคราะห์โดยผู้นำกลุ่มช่วยเชื่อมโยงข้อมูลสาเหตุโยโยเป็นแผนที่ความคิด ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่ หรือที่จะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมใช้ระยะเวลา 1/2 วัน

1.3 ครั้งที่ 3 ขึ้นสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติหลังจากบุคคลได้เห็นโยโยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากแผนที่ความคิด ทำให้เกิดความเข้าใจและ ถ่ายโยโยสู่การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ตนเองขาดความรู้ในการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะใช้กิจกรรม “โยโยไข” ช่วยการวางแผนใช้วัสดุที่มีอยู่ในการป้องกันไขไม่ให้แตก เมื่อโยโยลงมาจากที่สูง ทำให้สมาชิกเกิดการรับรู้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แต่ละคนจะเขียนสิ่งที่ตนเองวางแผนปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่ เพื่อควบคุมดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมลงในรูปหัวใจ พร้อมทั้งอ่านให้เพื่อนสมาชิกรับทราบเป็นสัญญาณใจแล้วจึงนำไปติดในคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ทุกคนได้รับแจกกระยะ ใช้เวลา 1/2 วัน

1.4 ครั้งที่ 4 ขึ้นความต่อเนื่องของการปฏิบัติหลังจากเว้นช่วงสำหรับการปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์สมาชิกจะประเมินสิ่งที่เคยประกาศไว้ตามสัญญาณใจ ให้เพื่อนทราบ ว่ามีเรื่องใดสามารถทำได้สำเร็จและมีสถานการณ์ใดที่ทำให้แผนบางเรื่องยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ในขั้นนี้จะมีการเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนและให้เห็นทางเลือกในการปฏิบัติมากขึ้น โดยจัดให้มีปฏิสัมพันธ์กับต้นแบบบุคคลจริงที่สามารถดูแล

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ในระดับดี และผ่านวิกฤตจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้กลุ่มมีกำลังใจในการปรับแผนปฏิบัติและเกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติต่อไป ใช้เวลา 1/2 วัน

1.5 ครั้งที่ 5 ขึ้นการพัฒนาสู่การปฏิบัติจริงนัคอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายกลุ่ม เพื่อออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้กลุ่มช่วยกันชี้แนะแนวทางปฏิบัติการดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละคน และ กลับมารวมทำกิจกรรม “สายธารชีวิต” ให้สมาชิกระบายความรู้สึกที่กดดัน หรือที่ทำให้เกิดทุกข์ หรือขัดขวางให้ตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ สมาชิกจะมีการแสดงความคิดเห็น ปลอดภัยให้กำลังใจ และชี้แนะแนวทางปฏิบัติจากประสบการณ์ของตนเองทำให้แต่ละคนมีพลังในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 1 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นชุดของคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 14 ข้อซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ สมรส การศึกษารายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยการมีผู้ช่วยดูแลโรคประจำตัว ประสิทธิภาพการดูแลแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือและข้อมูลของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในการดูแล

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของอสม.ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของประภาชีวีโรจน์ (2557)⁴ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1993)¹⁵ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของแล้วจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยค้นคว้าจากตำราเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของอสม.ในการดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 31 ข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย 5 ระดับผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุเสื่อมในการดูแลจำนวน 20 รายวิเคราะห์ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ 0.86

2.3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยทำการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั้งที่เป็นทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณประเมินด้วยการสัมภาษณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นชุดข้อคำถามจำนวน 12 ข้อมีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อตามการปฏิบัติกิจกรรมในการ

ดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 5 ระดับผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุเสื่อมในการดูแลจำนวน 20 รายวิเคราะห์ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ 0.89

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาเพื่อขออนุมัติเมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด

2 ผู้วิจัยขออนุญาตสาธารณสุขอำเภอชัยบุรีจังหวัดปทุมธานีเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสมเด็จพระเจ้า 84 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยระหว่างที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประชุมประจำเดือนผู้วิจัยแนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการทั้งหมดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทราบสอบถามความสนใจในการเป็นผู้ถูกวิจัยและอธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย

4. อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจและยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการและลงลายมือชื่อแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลองตามแบบสอบถามตามวิธีการที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยนัดวันเพื่อเชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมโปรแกรม โดยกระบวนการทั้งสิ้น 5 ครั้งและดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม

6. ผู้วิจัยประเมินผลการใช้โปรแกรม โดยสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันทั้งที่ใช้ก่อนการวิจัยและนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

7. กลุ่มควบคุมให้ความรู้ตามปกติโดยการจัดนิทรรศการ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสถิติ t-test independent และ pair t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 76.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.0 และ 73.3) ทำงานบ้าน (ร้อยละ 46.7 และ 46.7) มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่ในความดูแลทุกคน(โดยผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบางรายมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านดูแลมากกว่า)

เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 73.3 และ 66.7) ไม่มีแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (ร้อยละ 56.7 และ 76.7) พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ 3.61, SD .823) และกลุ่มควบคุม(3.63, SD.999)

พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของ อาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (3.48, SD.386) และกลุ่มควบคุม(3.41, SD .346)

ตอนที่ 2 การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

การรับรู้พลังอำนาจในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	n	$\bar{X}$	SD	T	df	p
ก่อนใช้โปรแกรม	30	111.87	25.518	-4.029	29	.000
หลังใช้โปรแกรม	30	130.90	13.265			

(p-value = 0.05)

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรมพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรม

การรับรู้พลังอำนาจในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	n	$\bar{X}$	SD	T	df	p
กลุ่มทดลอง	30	130.90	13.265	7.565	58	.000
กลุ่มควบคุม	30	107.07	11.036			

(p-value = 0.05)

ตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม	n	$\bar{X}$	SD	T	df	p
ก่อนใช้โปรแกรม	30	41.80	4.634	-8.895	29	.000
หลังใช้โปรแกรม	30	53.23	3.607			

(p-value = 0.05)

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรมพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรม

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม	n	$\bar{X}$	SD	T	df	p
กลุ่มทดลอง	30	53.23	3.607	11.703	58	.000
กลุ่มควบคุม	30	41.23	4.305			

(p-value = 0.05)

สรุปอภิปรายผล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติ การดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุมและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติ

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การทดสอบ t-Test พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสร้างขึ้นจากการศึกษาที่หลากหลาย ได้แก่ การศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993)¹⁵ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการดูแล รวมทั้งศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กิจกรรมฝึนคิด-ฝึนร่ายนั้น ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เป็นเป้าหมายสำคัญ ดังนั้นการใช้กิจกรรมการมีเป้าหมายผลลัพธ์ที่การจึงเป็นพลังความสามารถที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลได้ กิจกรรมดอกไม้หัตถกรรมซึ่งกติกากลุ่มต้องรับฟังอย่างตั้งใจ โดยมีดอกไม้เป็นตัวควบคุมบรรยากาศกลุ่มทำให้ผู้เล่าเกิดความมั่นใจว่าสิ่งที่ตนเองพูดหรือทำได้รับความสนใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าจากการปฏิบัติของตนเองมากขึ้น กิจกรรมละครใบ้โยงใยสาเหตุปัญหา ส่งเสริมความเข้าใจสาเหตุของปัญหาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาต่อไปทำให้สมาชิกกลุ่มเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กิจกรรมโยนไข่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต้นแบบเป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเพิ่มความรู้ เสริมสร้างพลังว่าสามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จ สร้างความภาคภูมิใจในประสบการณ์ตนเอง ทำให้เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และกิจกรรม

สายธารชีวิตให้สมาชิกถ่ายทอดเป้าหมายและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการ ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ยังไม่สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ สมาชิกจะมีการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนให้กำลังใจ และชี้แนะแนวทางปฏิบัติจากประสบการณ์ของตนเองทำให้แต่ละคนมีพลังในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการเว้นระยะเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการนำกลับไปฝึกปฏิบัติและได้มีการสะท้อนคิด หลังจากผู้วิจัยให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับ กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แล้วมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฝึกทบทวนการปฏิบัติด้วยตนเองก่อนนำไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งโดยปกติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุก 1-2 สัปดาห์ และขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทบทวนประเด็นสำคัญก่อนให้ความรู้ และฝึกประสบการณ์ครั้งต่อไปความหลากหลายของกิจกรรมในแต่ละครั้งจึงมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้พื้นฐานและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกมีความมั่นใจในตนเองและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้พื้นฐานและทักษะจะส่งผลให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้เกิดความเครียดแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีผลต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตทั้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁷ และตามแนวคิดการสร้างพลังของกิบสัน เชื่อว่าบุคคลทุกคนต้องเชื่อมั่นในพลังความสามารถของตนว่าปฏิบัติได้จริง การสร้างพลังไม่ใช่เป็นเพียงการสอน การฝึกฝนแต่เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเพื่อการดูแลภาวะสุขภาพได้จริง

ดังนั้น การจัดให้มีแหล่งสนับสนุนด้านการเข้าถึงข้อมูลในการดูแล เช่น คู่มือการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แหล่งสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต หรือการสอบถามโดยตรงจากผู้วิจัยหลังสิ้นสุดโปรแกรม จะเป็นส่วนช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นการจัดหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในทางเสื่อมลง การดูแลจึงเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย การให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง การแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม การดูแลให้พักผ่อน ออกกำลังกาย มีนันทนาการ สังคม และการสื่อสาร รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้นานที่สุด¹⁶ ดังนั้นกิจกรรมเหล่านี้จึงต้องได้รับการใส่ใจและเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเมื่อมีการจัดโปรแกรมให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้ดีขึ้น ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น

การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ความเหมาะสม เนื่องจากระยะการดำเนินโรคภาวะสมองเสื่อมที่อาจยาวนานถึง 15 ปี⁸ แนะนำการสื่อสารของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดความเข้าใจกับผู้ดูแล จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมง่ายขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ร้อยละ 70-80 ได้รับการดูแลที่บ้าน⁴ และต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง⁶ และเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะปานกลาง ปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตที่ผิดปกติจะมีการแสดงออกอย่างเด่นชัดมากขึ้น นับเป็นช่วงวิกฤติที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ถูกต้องและเหมาะสม สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4 ด้านได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านการรักษา นอกจากนั้นแล้วสมาชิกในครอบครัวต้องให้ความสนใจข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นพิเศษ ทั้งการทำความเข้าใจในอาการ วิธีการดูแลรักษา โดยได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การนำข้อมูลจากการเรียนรู้มาแนะนำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ก็จะช่วยลดภาวะความตึงเครียดของสมาชิกในครอบครัวลงได้¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวภายหลังการทดลองเพื่อศึกษาความคงทนของโปรแกรม
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดูแล (Care giver) เช่น บุตรหรือญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พลังอำนาจกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures 2010, Retrieved March 27, 2010, from [http://www. Alz.org/ alzheimers_disease_facts_figures.asp](http://www.Alz.org/alzheimers_disease_facts_figures.asp); 2010.
2. สิริพร มินะนันท์. อัลไซเมอร์ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ. Health intervention and technology assessment program 2552; 2 (6), 5-7.
3. อรรถรรณแผนคง. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด; 2552.
4. ประภา ชิวโรจน์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2553; ปีที่ 18 ฉบับเพิ่มเติม.
5. กุลยา ตันติพิลาชีวะ. สู่วัยด้วยใจสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนปัญญา; 2551.
6. ชื่นฤทัย กาญจนะจินดา. ภาวะสมองเสื่อมหมดภัยใกล้ตัว. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
7. ลิวรรณ อนุนาภิรักษ์. การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาาระบบประสาทและอื่นๆ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด; 2553.
8. สุรภิญ ชนะพิศ. การพัฒนาโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2555; 13 (2) 32-33.
9. ชุตติกาญจน์ กล้าหาญ. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองพัทยาอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.
10. ธวัช วิเชียรประภา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังจันทุรี. (วิทยานิพนธ์) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
11. ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2556.
12. ศิริบูรณ์ สายโกสม. พื้นฐานการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2555.
13. สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน. กรุงเทพฯ : กองการพยาบาลสาธารณสุข; 2556.
14. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
15. 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. 1993.
16. รัชณี นามจันทร์. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร มจร.วิชาการ 2553; ปีที่ 14 ฉบับที่ 27 (กรกฎาคม-ธันวาคม). หน้า 137-150.
17. นิชาภา โมราอบ และคณะ. บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2555; ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม). หน้า 122-131.