

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

Effects of the Empowerment Program in Care Giver on Health literacy and Caring Behavior for Dependent Older Adults in the Community

จรรย์ญา ดาก้า¹ นภาเพ็ญ จันทขัมมา^{1*} นงนุช วงศ์สว่าง²

Jaranya Dakam¹ Napaphen Jantacumma^{1*} Nongnuch Wongsawang²

¹สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

¹School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ประเทศไทย 70000

²Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand 70000

บทคัดย่อ

การวิจัยการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล และเปรียบเทียบผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ดูแลในตำบลโนนทัน และกลุ่มเปรียบเทียบในตำบลกุดกว้าง กลุ่มละ 28 คน สุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ใช้เวลา 12 สัปดาห์ 2) แบบสอบถาม ได้แก่ (1) ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ แมนวิทนีเยียม และวิลคอกซ์ชันชายน์แรงค์ ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the health literacy and caregiving behaviors of caregivers for dependent elderly individuals before and after participating in a caregiver empowerment program, as well as to compare post-intervention outcomes between the experimental and comparison groups. The research employed a quasi-experimental design. Participants included 56 caregivers of dependent older adults, divided into two groups of 28 through simple random sampling. The experimental group comprised caregivers from Non Tan subdistrict, while the comparison group consisted of caregivers from Kut Kwang

Corresponding author: *E-mail: Napaphen.Jan@stou.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 เม.ย. 2568

subdistrict. The intervention was a caregiver empowerment program, conducted over 12 weeks. Data collection tools included questionnaires assessing (1) health literacy and (2) caregiving behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test. The results showed that: 1) After the program, the experimental group demonstrated significantly improved health literacy and caregiving behaviors compared to pre-intervention levels ($p < .05$). 2) After the program, The experimental group outperformed the comparison group in both health literacy and caregiving behaviors ($p < .05$). Therefore, caregiver empowerment effectively enhances health literacy and promotes caregiving behaviors for dependent elderly individuals.

Keyword : Empowerment, Health literacy, Behavior, Caregivers, Dependent older adults

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น¹ ประเทศไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อปี พ.ศ. 2564² สัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากจำนวนคนเกิดลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น เป็นผลจากการประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น³

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคเรื้อรัง จิตใจหดหู่ และภาวะซึมเศร้า⁴ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการจัดกิจกรรมดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบครัวกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรล เอดีแอล⁵ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จัดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการให้การพยาบาล บริการด้านสังคม และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน⁶ และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 1.8 และผู้สูง

อายุติดสังคมร้อยละ 96.97 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากเป็นหนึ่งในกลุ่มที่มีความเปราะบางและความเสี่ยงมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป⁸ สถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 351,512 คน ร้อยละ 19.741 อำเภอหนองเรือมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 16,184 คน ร้อยละ 25.21 ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุจำนวน 1,956 คน ร้อยละ 26.79⁹ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 82 คน ร้อยละ 4.19 การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินงานภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบต.โนนทัน มีบุคลากรในพื้นที่ที่ผ่านการอบรมการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนถูกทอดทิ้ง/ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 8.53 มีปัญหาทุพโภชนาการร้อยละ 6.09 มีผลกดทับ ร้อยละ 7.31 ผู้สูงอายุมีภาวะข้อยึดติดร้อยละ 9.75 มีปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 7.31 มีปัญหาด้านการเคี้ยวและกลืนอาหารร้อยละ 6.09 มีปัญหา/มีประวัติหกล้มร้อยละ 4.87 และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวร้อยละ 12.19 ด้านการดูแลมีปัญหาหลักที่พบบ่อย คือ ผู้ดูแลบางคนอาจขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลขาดการเข้าถึงข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ครบถ้วนและถูกต้อง หรือสับสนกับข้อมูลที่ไม่เป็นทางการ¹⁰

การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ความสามารถและเสริมสร้างอัตมโนทัศน์ในตนเองประจักษ์ในคุณค่าและพัฒนาศักยภาพของตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการสนองตอบความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้¹¹ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น¹² และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นกระบวนการเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อการวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้¹³ โดยการพัฒนาให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสมควรให้ความสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีคุณภาพชีวิตและดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้น¹⁴

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงควรมีความรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยพัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹¹ ซึ่งมีกิจกรรมดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองของผู้ดูแล เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ และมีอิสระในการตัดสินใจ จะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

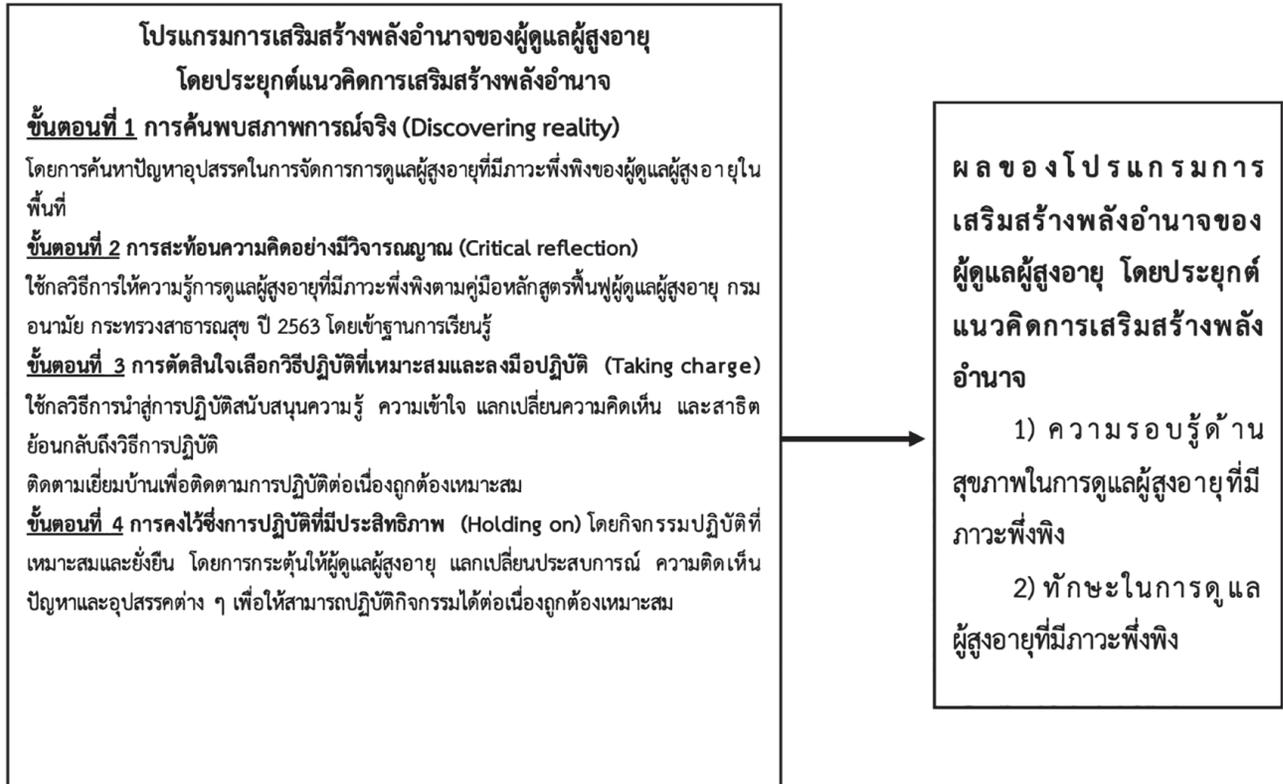
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการสนองตอบความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ดังนั้น กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผ่าน 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง 2) ความรู้ความเข้าใจ ผ่านการคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ 3) ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นฐานในการเลือกแนวทางดูแลสุขภาพ 5) การจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อช่วยประเมินและแยกแยะข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้องเหมาะสม

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนิน

รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม ทำการวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Two group Pretest-posttest design) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปผ่านการอบรมหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเวลาการอบรม อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่า 3 ปี มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในความดูแลอย่างน้อย 1 คน สามารถ ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อกรเข้าร่วมโปรแกรม ไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูล และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้ G*Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁵ ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.848 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้ power of test ที่ระดับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในตำบลโนนทัน จำนวน 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในตำบลกุดกว้าง จำนวน 28 คน โดยสุ่มเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹¹
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประยุกต์จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹³ 6 ด้าน จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ 3) พฤติกรรมการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ 4) การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ 5) การจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ และ 6) การบอกต่อ จำนวน 6 ข้อ โดยแต่ละด้านมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ระดับ การแปลผลระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 60-79 และระดับปรับปรุง คือ น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลางและต่ำ ตามเกณฑ์คะแนน¹⁶

การหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษา ผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.99 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Pretest) และชี้แจงในการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 2 ชม./1 วัน/สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้เปิดโอกาส ได้เล่าประสบการณ์

ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยมีการจัดแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน ระยะเวลา 2 ชม./1 วัน/สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 3 การให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือหลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเข้าฐานการเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้ และมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 8 ชม./2 วัน/1สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมนำสู่การปฏิบัติสนับสนุนความรู้ ความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสาธิตย้อนกลับวิธีการปฏิบัติ ชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยแบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 5 กลุ่มๆ ละ 6 คน ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 คน ใช้ระยะเวลาเยี่ยม 30 นาทีต่อคน รวมใช้เวลาประมาณ 3 ชม./1 วัน / สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 6-11 เยี่ยมบ้านตามกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4-5 และสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติ และร่วมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Post-test) ระยะเวลา 3 ชม./1 วัน / สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมดในการทำกิจกรรม 12 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 007/2567 ซึ่งออกให้ ณ วันที่ 2 เมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้ kolmogorov smirnov test พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นโค้งไม่ปกติ ดังนั้น ใช้สถิติ Mann-Whitney U test คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นโค้งไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ คะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ข้อมูลกลุ่มเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent t-test (Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.4 อายุเฉลี่ย 56.04 ปี (S.D.=9.12) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 75.0 รายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 53.6 รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 85.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.3 การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 39.3 มีจำนวน ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพไม่มี

ปัญหาสุขภาพอื่น ร้อยละ 39.3 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 1-5 ปี ร้อยละ 75.0 ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ต้องการความรู้เรื่องโรค กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี (S.D.=5.79) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 89.3 รายได้ต่อเดือนคือ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 57.1 รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 71.4 มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 71.4 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.9 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 71.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 6-10 ปี ร้อยละ 67.9 ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ต้องการความรู้เรื่องโรค

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n =28) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	median	IQR	z	p - value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม						
ก่อนทดลอง	132.82	7.01	130.5	7	4.63	.001*
หลังทดลอง	179.57	1.35	180	0		

*สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 132.82 คะแนน (S.D. = 7.01) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 179.57 (S.D. = 1.35) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	Median	IQR	Mean Rank	z	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม							
กลุ่มทดลอง	179.57	1.35	180	0	42.50	6.76	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	102.71	3.70	102	2	14.50		

*สถิติ Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเท่ากับ 179.57 (S.D. =1.35) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเท่ากับ 102.71 (S.D.=3.70) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ

ในภาพรวม แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n=28) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	\bar{X}	S.D.	t	p - value
ก่อนทดลอง	48.57	3.82	15.77	.001*
หลังทดลอง	59.96	0.19		

*สถิติ Dependent t-test (Paired t-test)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 48.57 คะแนน (S.D. = 3.82) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	\bar{X}	S.D.	median	IQR	Mean rank	z	p - value
กลุ่มทดลอง	59.96	0.19	60	0	42.50	6.89	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.61	2.27	44	3	14.50		

*สถิติ Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 43.61 (S.D. = 2.27) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีขั้นตอนการเรียนรู้ ดังนี้

- 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง
- 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติมีกิจกรรมนำสู่การปฏิบัติและ
- 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี กิจกรรมจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ¹¹ ซึ่งเมื่อบุคคลสามารถผ่าน

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะช่วยให้ความสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา^{15,17,18} การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นหลักแนวคิดที่สามารถนำมาใช้เสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีสมรรถนะแห่งตน ควบคุมตนเองได้ มีแรงจูงใจเรียนรู้ และมีความรู้สึกเป็นนายตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹⁹

2. จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ใช้กระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ การให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ และฐานการเรียนรู้ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสาธิตย้อนกลับ โดยมีการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ ในการเยี่ยมบ้านและการฝึกฝนต่อเนื่องช่วยให้ผู้ดูแลได้ฝึก ทบทวนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยโปรแกรมนี้นี้ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลที่พัฒนาขึ้น ทั้งในด้านความรอบรู้

ด้านสุขภาพและความมั่นใจในตัวเอง ส่งเสริมการปฏิบัติที่
สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เป็นการพัฒนาความสามารถหรือ
ของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้ตอบซักถาม
จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับ
บริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และ
สามารถบอกต่อผู้อื่นได้²⁰ และแนวคิดการสร้างเสริมพลัง
อำนาจ¹¹ โดยการดำเนินกิจกรรมตามกรอบแนวคิด เลยทำให้
เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงได้ ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล
ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงสามารถพัฒนาพฤติกรรมในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษา
ต่างๆ ที่ผ่านมา^{12,21,22}

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ด้านการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล
พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ผู้ดูแลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ไปใช้ในการดูแลพัฒนา
ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.2 ด้านการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล
พยาบาลควรขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในการวิจัยกลุ่ม
ผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ อื่น ๆ และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบท
คล้ายคลึงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องใน
ระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้ และพฤติกรรม
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในระยะยาว

2.2 ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการติดตาม
การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการเข้าร่วม
โปรแกรมฯ ร่วมด้วย

References

1. Department of Older Persons. Situation of Thai
Older Persons 2022. Bangkok: Amarin
Corporations Public Company Limited; 2023.
(in Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and
Development Institute. Situation of Thai
Older Persons 2021. Nakhon Pathom: Institute
for Population and Social Research, Mahidol
University; 2022. (in Thai)
3. National Statistical Office. The 2021 Survey of
Older Persons in Thailand. Bangkok:
Statistical Forecasting Division, National
Statistical Office; 2022. (in Thai)
4. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University,
Thai Health Promotion Foundation. Learning
guide to understanding the elderly. 2018.
(in Thai)
5. Department of Health, Ministry of Public Health.
Guidelines for Promoting Healthy Aging
and Longevity (Individual Wellness Plan)
for Older Adults. Nonthaburi: Bureau of
Elderly Health, Department of Health,
Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
6. Sirikhampheng A, & Hosing P. The long-term
care for the elderly dependency in Thailand
country 4.0 era. Dhammathas Academic
Journal. 2017;17(3): 236-43. (in Thai)
7. National Statistical Office. The 2021 Survey
of The Older Persons in Thailand. Bangkok:
National Statistical Office, Ministry of Digital
Economy and Society; 2021. (in Thai)
8. Suwanrada W. Project for reviewing, synthesizing,
and proposing strategies for driving elderly
work in Thailand. Bangkok: Thai Health
Promotion Foundation; 2022. (in Thai)

9. Khon Kaen Provincial Health Office. Gender and age group population classification, Khon Kaen Province, Fiscal Year 2022. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Health Office; 2023. (in Thai)
10. Non Tan Sub-district Health Promoting Hospital. Report on the implementation of long-term care services for the elderly and dependent individuals in Non Tan Sub-district, fiscal year 2022. 2022. (in Thai)
11. Gibson CH. A study of empowerment in mothers of chronically ill children [dissertation]. Boston (MA): Boston College; 1993. Dissertation Abstracts International, AAI9402789.
12. Yimyam N, & Rodjakphai Y. Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen. 2017;24(2):46-58. (in Thai)
13. Health Education Division, Department of Health Service Support. Enhancing and evaluating health literacy and health behaviors among children and youth aged 7-14 years and individuals aged 15 years and older. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support; 2018. (in Thai)
14. Sawiram P. Improving quality of life among dependent elderly through the development of health literacy among caregivers with 'expert caregiver' curriculum, Mueang District, Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1): 86-100. (in Thai)
15. Jafari Y, Tehrani H, Esmaily H, Shariati M, & Vahedian-Shahroodi M. Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2020;34(4):956-63.
16. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
17. Hanbang W, & Nippanont P. The effects of application of health literacy and empowerment in type 2 diabetes mellitus prevention behaviors among people with pre-diabetes in Ban Don Chi Subdistrict, Lue Amnat District, Amnat Charoen Province. The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal. 2022;9(28): 15-25. (in Thai)
18. Tongpeth J, & Som-jai C. The effect of the enhancing empowerment and health literacy developing program on health literacy, stroke prevention behaviors and clinical outcomes among the stroke high-risk group. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2023;33(2):130-46. (in Thai)
19. Poomsanguan K. Health empowerment: nurses' important role. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3): 86-90. (in Thai)
20. Intharakamheng A. Health literacy: measurement and development. Bangkok: Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2017.
21. Chaiyavuth T, Aungwattana S, & Tamdee D. Effect of empowerment program on positioning practice for bedridden elders among village health volunteers. Nursing Journal CMU. 2020;47(4): 114-28. (in Thai)
22. Thanyathadaphan N, Thongkhamrod R, & Siritharangsri B. Effects of a caregiver empowerment program on knowledge, caregiving abilities, and postoperative recovery of elderly patients with hip fractures at Satun Hospital. Journal of Health Systems Research. 2020;13(2): 231- 9. (in Thai)