



ประสิทธิผลของการพัฒนาความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบ บูรณาการในผู้สูงอายุติดบ้าน จังหวัดราชบุรี

อภิชัย คุณิพงษ์ * และไพรัช มโนสารโสภณ**

Received : April 4, 2020

Revised : September 9, 2020

Accepted: September 29, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในผู้สูงอายุ ติดบ้าน ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุติดบ้านในตำบลบ้านเลื่อ อำเภोधาทาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุติดบ้านในตำบลหนองรี อำเภोधาทาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันใช้แนวคิดของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบสอบถามวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการ เป็นระยะเวลา 3 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านได้

คำสำคัญ: ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน/ผู้สูงอายุติดบ้าน/โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการ

ผู้รับผิดชอบบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา เลขที่ 109 หมู่ 5 ตำบลวัดตูม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทรศัพท์ 035-950880 E-mail: apichai@vru.ac.th มือถือ 094-9135109

*ค.ด. (การจัดการการศึกษาและการเรียนรู้) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา

**นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี



Effectiveness of the Integrated Health Rehabilitation Model on the Activities of Daily Living among Homebound Elderly at Ratchaburi Province

Apichai Khuneepong* and Phairat Manosansophon**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to assess the effectiveness of the integrated health rehabilitation program in developing the activities of daily living of the homebound elderly in Ratchaburi Province. The experimental group consisted of 40 homebound elderly from Ban Lueak Sub-District, Photharam District, Ratchaburi Province, and 40 homebound elderly recruited from Nong Ree Sub-District provided for the control group. A three-month intervention based on the integrated health rehabilitation program was provided for the experimental group and the pre- and post- intervention activities of daily living of the participants was evaluated using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results showed that, after 3 month intervention, the experimental group had an average activities of daily living after the experiment. The pre- and post-intervention mean activities of daily living scores of the experimental group were statistically different at 0.01 and higher than the control group with statistically different at 0.01. These findings indicated that interventions based on the integrated health rehabilitation program have proved to be an effective approach to improving activities of daily living among homebound elderly.

Keywords: Activities of daily living / Homebound elderly / Integrate health rehabilitation Model

Corresponding Author: Assistant Professor Dr. Apichai Khuneepong, Faculty of Public Health, Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya, 109 Moo 5, Wat Tum Sub-District, Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya, 13000 Tel 035-950880 E-mail: apichai@vru.ac.th

*E.D. (Educational and Learning Management) Assistant Professor of Faculty of Public Health, Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya

** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Ratchaburi Provincial Public Health Office



1. บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปี 2561 มีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์อีก 4 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา การเสื่อมถอยและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ปัญหาด้านสุขภาพจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ การมีภาวะทุพพลภาพ การไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จะพบมากและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2556) และจากรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (ร้อยละ 11.4) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะส่งผลต่อการประเมินสถานะผู้สูงอายุ “ติดเตียง” หรือ “ติดบ้าน” ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเองแม้เพียงกิจวัตรใดกิจวัตรหนึ่งย่อมเป็นภาระต่อบุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การที่ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และจากการสำรวจผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพบว่า ผู้สูงอายุมีความชุกภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 8.1) และเป็นในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 22.6) เป็นอาการที่ผิดปกติเกี่ยวกับความรู้ พหุติกรรมและบุคลิกภาพ ซึ่งพบได้หลังอายุ 60 ปี ความสามารถในการเดิน การทรงตัว ความเสี่ยงในการหกล้ม การป้องกันหรือชะลอความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมทำได้โดยการส่งเสริมป้องกันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการเข้าร่วมฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อมที่เป็นปัญหาออกไป จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพ

จากการศึกษาสถานการณ์ในจังหวัดราชบุรี มีประชากร 682,311 คน ชาย 327,690 คน หญิง 354,621 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 135,655 คน (ร้อยละ 19.88) และพบว่า มีอำเภอที่เข้าสู่ “สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์” จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโพธาราม อำเภอบ้านโป่ง อำเภอดำเนินสะดวก อำเภอวัดเพลง และอำเภอบางแพ ภาพรวมของจังหวัดราชบุรี “ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ” (Ageing Society) และจากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุปี 2562 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (ร้อยละ 96.42) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (ร้อยละ 2.89) กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (ร้อยละ 0.69) ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้ ย่อมตกเป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2562) การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การวางแผนดูแลสุขภาพ (care plan) การเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ที่บ้านซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถเดินทางไปไหนได้อย่างสะดวก การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง การฟื้นฟูสุขภาพที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยให้มาพบปะกัน การร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพด้วยกันเป็นอีกวิธีหนึ่งที่หน่วยบริการสาธารณสุขและทีม สหวิชาชีพสามารถวางแผนดำเนินการได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุติดบ้านสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดียิ่งขึ้น การเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมให้มากขึ้น และคงความเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมให้นานที่สุด



การใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งในส่วนของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งแกนนำชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ แนวทางปฏิบัติการบูรณาการฟื้นฟูสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (รัชนี้ นามจันทรา, 2553) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการที่มีต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน จังหวัดราชบุรีนี้ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติงานในเชิงรุกโดยการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล บุคลากรด้านสุขภาพ อาสาสมัคร ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ โดยจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการให้บริการด้านสาธารณสุขเชิงรุกที่มุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการที่ดูแลโดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและสังคม และแบบไม่เป็นทางการที่ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร จิตอาสา ฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุติดบ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุติดบ้านระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

3. สมมุติฐานการวิจัย

3.1 ผู้สูงอายุติดบ้านหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการ

3.2 ผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

3.3 ผู้สูงอายุติดบ้านหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการ

3.4 ผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ



4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในผู้สูงอายุติดบ้าน จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วย แบบประเมินดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2544) ว่าเป็นกลุ่มติดบ้าน อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านเลือก และตำบลหนองรี อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เข้าสู่การเป็น “ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” โดยมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมินดัชนีบาร์เรลเอดีแอลปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตพันธ์กุล (2544) ว่าเป็นกลุ่มติดบ้านอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านเลือก และตำบลหนองรี อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุติดบ้านในตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุติดบ้านในตำบลหนองรี จำนวน 40 คน โดยจับคู่ให้คุณสมบัติคล้ายคลึงกันโดยการเรียงลำดับตามด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน 3) มีสติปัญญาการรับรู้ดี สื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีอาการหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง และ 5) มีความสมัครใจและยินยอมให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) รู้สึกไม่สบายใจที่เข้าร่วมโปรแกรม 2) ย้ายที่อยู่ไปพื้นที่อื่น และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบกำหนด

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพผู้ดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย การมองเห็น การได้ยิน ประวัติการหกล้ม และโรคประจำตัว เป็นลักษณะคำถามปลายปิดและปลายเปิดให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ 18 คะแนน แบบวัดมีลักษณะให้เลือกตอบว่า ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ซึ่งเป็นมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การลุกจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้อง/บ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การกลั้น และการถ่ายอุจจาระปัสสาวะ จำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน เป็นการวัดระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เกณฑ์การ



ให้คะแนน คะแนนรวม ≥ 12 คะแนนเป็นกลุ่มติดสังคม (ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคม คะแนนรวม 5–11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน (ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง) และคะแนนรวม ≤ 4 คะแนน เป็นกลุ่มติดเตียง (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในผู้สูงอายุติดบ้าน จังหวัดราชบุรี เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านอย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C (Appreciation-Influence-Control) พัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาความบกพร่องของร่างกายจิตใจ และกระตุ้นความสามารถของสมองทั้งด้านความคิด ความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย ดูแลเอาใจใส่จากทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ญาติ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร จิตอาสา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นแผนกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 12 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ญาติ /อาสาสมัคร/จิตอาสา เป็น ผู้นำพาผู้สูงอายุมาที่ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูผู้สูงอายุ โดยร่วมกับสหวิชาชีพในการฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย แผนการสอน และคู่มือการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในผู้สูงอายุติดบ้าน

ลักษณะสำคัญของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็นการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งในส่วนของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งแกนนำชุมชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้การบริหารร่างกายแบบ “มณีเวช” การบริหารร่างกายแบบ “ฤาษีตัดตน” มาเป็นหัวใจหลักในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผสมผสานแบบบูรณาการ ซึ่งมีความแตกต่างจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัดเจน ที่ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทำการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความชัดเจนของการใช้ภาษาและเนื้อหาจากแบบสอบถาม และนำมาปรับปรุงแก้ไขพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 และนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ หาค่าความยากง่าย (difficulty) ได้ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.79 ส่วนแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ 0.84 จึงสามารถนำไปใช้กับการวิจัยครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผ่านการอนุมัติโครงการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เลขที่ RbPH-REC 026/2563 ได้



ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอ ข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง เตรียมความรู้โดยการศึกษาค้นคว้าและฝึกปฏิบัติการ เตรียมเครื่องมือในการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 80 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย เขียนชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล็ก และตำบลหนองรี

ขั้นดำเนินการทดลอง (12 สัปดาห์)

กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัย นัดพบ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองรี ทำการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอม ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรม (pre-test) ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นัดพบวันสิ้นสุดการวิจัย และได้รับการกิจกรรมและการดูแลตามปกติของผู้สูงอายุติดบ้าน และสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองรี วัดความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (post-test) มอบของที่ระลึก แจกการสิ้นสุดการทดลอง และกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัย นัดพบ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล็ก ทำการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอม ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรม (pre-test) ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรม (1) นันทนาการและสร้างสัมพันธภาพ (2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ (3) ฟื้นฟูสุขภาพการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่น การบริหารร่างกายแบบ “มณีเวช” การบริหารร่างกายแบบ “ฤชิตัดตน” การฝึกเดินเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วย “ราวคู่ขนาน” (สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการยืนและเดิน) และ (4) ฟื้นฟูสุขภาพ กระตุ้นสมองและความจำ การคิด การใส่ใจ การตัดสินใจ มิติสัมพันธ์ การบริหารจัดการ กระตุ้นการเคลื่อนไหวของมือ แขน และการมีส่วนร่วม ด้วยเกมปรบมือ / สวส์ตี / โยนห่วง / อ่านสี ไม่ใช่สี / เรียงลำดับเหตุการณ์ / จับคู่ / จับคู่ตัวเลข / การบ้าน

สัปดาห์ที่ 5 - 8 ดำเนินกิจกรรม (1) ฟื้นฟูสุขภาพการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่น การบริหารร่างกายแบบ “มณีเวช” การบริหารร่างกายแบบ “ฤชิตัดตน” การฝึกเดินเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วย “ราวคู่ขนาน” (สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการยืนและเดิน) และ (2) ฟื้นฟูสุขภาพ กระตุ้นสมองและความจำ การคิด การใส่ใจ การตัดสินใจ มิติสัมพันธ์ การบริหารจัดการ กระตุ้นการเคลื่อนไหวของมือ แขน และการมีส่วนร่วม ด้วยเกมปรบมือ / สวส์ตี / เลี้ยงของบนผ้า / นาฬิกาไม้ / ต่อบล็อกไม้ / ร้อยเชือกกระดุม / จิ๊กซอร์ / โยนห่วง / การบ้าน

สัปดาห์ที่ 9-12 ดำเนินกิจกรรม (1) ฟื้นฟูสุขภาพการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่น การบริหารร่างกายแบบ “มณีเวช” การบริหารร่างกายแบบ “ฤชิตัดตน” การฝึกเดินเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วย



“ราวคู่นาน” (สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการยืนและเดิน) และ (6) พื้นพุ่มสุขภาพ กระตุ้นสมองและความจำ การคิด การใส่ใจ การตัดสินใจ มิติสัมพันธ์ การบริหารจัดการ กระตุ้นการเคลื่อนไหวของมือ แขน และการมีส่วนร่วม ด้วยเกมปรบมือ/สวัสดี / แยกสีแยกรูปทรง / จับผิด / พับใบเตย / การบ้าน

สรุปสาระที่ 12 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลือก วัดความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (post-test) มอบของ ที่ระลึก แจกการสิ้นสุดการทดลองและกล่าวขอบคุณ

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ dependent t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

5. ผลการวิจัย

5.1 ด้านข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.5 และ 75.0) สถานภาพ โสด หม้ายหย่าแยก (ร้อยละ 65.0 และ 52.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 70.0 และ 80.0) ด้านประกอบอาชีพ ว่างาน (ร้อยละ 70.0 และ 60.0) มีบุตรเป็นผู้ดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย (ร้อยละ 65.0 และ 65.0) มีสายตามองเห็นได้ชัดเจน (ร้อยละ 57.5 และ 50.0) หูได้ยินชัดเจน (ร้อยละ 67.5 และ 75.0) ไม่เคยหกล้ม (ร้อยละ 82.5 และ 72.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.0 และ 70.0) ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปด้านอายุที่คล้ายคลึงกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 74.83 และ 70.48 ปี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย การมองเห็น การได้ยิน ประวัติการหกล้มและโรคประจำตัว



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	17.5	10	25.0
หญิง	33	82.5	30	75.0
สถานภาพ				
สมรส	14	35.0	19	47.5
โสด หม้าย หย่า แยก	26	65.0	21	52.5
ระดับการศึกษา				
สูงกว่าประถมศึกษา	12	30.0	8	20.0
ประถมศึกษา	28	70.0	32	80.0
อาชีพ				
ว่างงาน	28	70.0	24	60.0
รับจ้าง	9	22.5	14	35.0
บำนาญ บำนาญ	3	7.5	2	5.0
ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย				
สามี ภรรยา	5	12.5	13	32.5
บุตร	26	65.0	26	65.0
พี่น้อง	7	17.5	1	2.5
ไม่มีผู้ดูแล	2	5.0	0	0.0
การมองเห็น				
มองเห็นชัด	23	57.5	20	50.0
มองเห็นไม่ชัด มัว	17	42.5	20	50.0
การได้ยิน				
ได้ยินชัดเจน	27	67.5	30	75.0
ได้ยินไม่ชัด	13	32.5	10	25.0
ประวัติการหกล้ม				
เคย	7	17.5	11	27.5
ไม่เคย	33	82.5	29	72.5
โรคประจำตัว				
มี	30	75.0	28	70.0
ไม่มี	10	25.0	12	30.0



5.2 ผลการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง

ตัวแปร	n	mean	SD	p-value
1.ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ				
กลุ่มทดลอง	40	14.10	0.81	0.42
กลุ่มควบคุม	40	14.23	0.86	
2.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
กลุ่มทดลอง	40	9.85	1.35	0.98
กลุ่มควบคุม	40	9.80	1.34	

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน (p-value= 0.42 และ 0.98 ตามลำดับ)

5.3 ผลการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุติดบ้าน จังหวัดราชบุรี หลังการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการดังกล่าวเป็นระยะเวลา 3 เดือน และได้ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการทดสอบดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	mean	SD	p-value
1.ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ				
ก่อนการทดลอง	40	14.10	0.81	0.000*
หลังการทดลอง	40	17.13	0.68	
2.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
ก่อนการทดลอง	40	9.85	1.35	0.000*
หลังการทดลอง	40	11.43	1.31	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.01



จากตารางที่ 3 ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง

ตัวแปร	n	mean	SD	p-value
1.ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพ				
กลุ่มทดลอง	40	17.13	0.68	0.000*
กลุ่มควบคุม	40	14.10	0.81	
2.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
กลุ่มทดลอง	40	11.43	1.31	0.000*
กลุ่มควบคุม	40	9.85	1.35	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

จากตารางที่ 4 ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 5 ร้อยละของระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
	ผู้สูงอายุติดบ้าน		ผู้สูงอายุติดสังคม	
	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง	100.00	67.50	0.00	32.50
กลุ่มควบคุม	100.00	0.00	0.00	0.00

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับผู้สูงอายุติดสังคม (มีคะแนน ≥ 12 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 0.00 เป็นร้อยละ 32.50 ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงค่าร้อยละจากเดิมยังคงเป็นระดับผู้สูงอายุติดบ้านในอัตราร้อยละเท่าเดิมคือ ร้อยละ 100.00

6. อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

6.1 กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงยอมรับสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้โดยทีมบุคลากร



สาธารณสุข เน้นให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การสนทนากลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บรรยากาศเป็นกันเอง ไม่ตึงเครียด รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ซักถาม ระบายความรู้สึกร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา ให้การยอมรับ มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เคารพความเป็นบุคคลซึ่งกันและกัน ปรับมโนทัศน์ให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนใหม่มีโอกาสได้พูดถึงความต้องการของตนเอง นอกจากนี้ ยังได้รับการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแช่เท้า การบริหารร่างกายแบบฉิวเวท ฤๅษีดัดตน การกระตุ้นสมองและความจำ การพูดคุยให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนให้ความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล ญาติ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครและจิตอาสา สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (พิมพ์ชนก ปานทอง และธนิศา ผาติเสนะ, 2561) ที่พบว่า ผลลัพธ์การพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการพัฒนายามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากใช้วิธีการสอนแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การบรรยายภาพนิ่งซึ่งผู้ดูแลสามารถเข้าใจเนื้อหา มองเห็นภาพขณะบรรยาย ซักถามประเด็นข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพ แจกคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้ในการประกอบการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

6.2 กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงยอมรับสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้และการฝึกทักษะทำให้เกิดการรับรู้ว่าการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เมื่อได้รับการสาธิตจึงสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเมื่อมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความชำนาญ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างถูกต้อง ได้เรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน สอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายเรื่อง เช่น ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2557) เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่สร้างขึ้นทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และฝึกทักษะในการจัดการตนเองทั้ง 6 ด้านอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่แท้จริง จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (สุจิตรา มหาสุข และ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์, 2561) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลเรื่องโรค การปฏิบัติตนและการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่น มีเป้าหมายของการดำรงชีวิตต่อไป มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและตระหนักรู้ในการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง มีผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ ดูแล ให้กำลังใจไม่ให้อยู่ท้อ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและเชื่อมั่นในการดูแลตนเองที่จะฟื้นฟูมือและแขนให้กลับมา ใช้



การได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (พิมพ์ชนก ปานทอง และธนิศา ผาติเสนะ, 2561) ที่พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาศักยภาพ จะมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้และการฝึกทักษะทำให้เกิดการรับรู้ว่าการดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเมื่อได้รับการสาธิตจึงปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเมื่อมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความชำนาญการให้ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้เรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน มีการประเมินปัญหา ความต้องการ ได้ตามสภาพของผู้ป่วยในแต่ละรายได้ด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาผลของ IMB model ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและวัดค่า HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประเทศอิหร่าน (Gavganian, R.M., Poursharifib, H., & Aliasgarzadehcd, 2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นสามารถควบคุมค่า HbA1C ได้ดี จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ได้กล่าวถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดภายในระยะเวลาหนึ่ง

6.3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นระดับ ดัดสังคมจากเดิมร้อยละ 0.00 เป็นร้อยละ 32.50 ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับติดบ้านเท่าเดิม จึงยอมรับสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพที่สร้างขึ้น มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีการบูรณาการ การฟื้นฟูสุขภาพที่หลากหลายทั้งในรูปแบบการให้ความรู้ การบริหารร่างกายแบบ “มณีเวช” และ “ฤชิตัดตน” การกระตุ้นสมองและความจำ และการเคลื่อนไหวของมือและแขน ที่ผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นระดับดัดสังคม

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญของการบูรณาการความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล ญาติ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการที่สร้างขึ้นเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

2) ผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในบ้านตนเอง อาศัยอยู่กับลูกหลาน และญาติ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควร



พัฒนาระบบการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุมีศักยภาพที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน

7.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพพัฒนาสมรรถภาพด้านอื่น ๆ ให้มีความหลากหลายสอดคล้องกับความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุและตามบริบทของพื้นที่
- 2) ควรมีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

8. เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ AIC*. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/advisor/main.php?filename=aic02>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม, *วารสารสภาการพยาบาล*, 29 (2), 127-140.
- พิมพ์ชนก ปานทอง, และธนิดา ผาติเสนะ. (2561). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สคร.* 9. 24(2): 57-66.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561*. นครปฐม: บริษัทพรินเทอรี่ จำกัด.
- รัชนิ นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มฉก.วิชาการ*. 14(27): 137-150.
- สุจิตรา มหาสุข, และทัศนาศูววรรณะปกรณ. (2561). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 10(2) : 360-369.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2562). *Health Data Center*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2562, จาก https://rbr.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a7
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.



ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – มิถุนายน 2564

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). *สังคมผู้สูงอายุ...กับความท้าทายของการจัดการด้านสุขภาพ การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2562, จาก http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/PB_Elderly-Survey-2556-Final.pdf

Gavania, R.M., Poursharif, H., & Aliasgarzadeh, A. (2010). Effectiveness of IMB model in improves self-care behavior and HbA1C measure in adults with type2 diabetes in iran-Tabriz. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1868-1873.