



# การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

## The Development of Caregiver's Empowerment Program of bed bound Elderly in the Community

วิภา เพ็งแสงี่ยม

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

พัชรภรณ์ ไชยสังข์ วาสนา พงษ์สุภาพะ และศิริรัตน์ จูมจะนะ

สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และทดสอบประสิทธิผลต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแล ระยะการดำเนินงานมี 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และการสนับสนุนทางสังคม และ 2) การทดสอบโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์ การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก งานวิจัยนี้มีตัวอย่างสองกลุ่ม และมีขนาดเท่ากัน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 คน เครื่องมือของการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม 3) แบบวัดพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และ 4) แบบประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ independent t-test และ paired t-test ผลการวิจัยพบ 1) จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของ ผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตร พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลค่อนข้างดีจาก

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง โดยอาศัยปัจจัยภายในครอบครัวเป็น พื้นฐานสำคัญส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจแสดงถึง ความสัมพันธ์ภาพค่อนข้างดี แต่การทำหน้าที่ระยะยาว ส่งผลให้ประสบปัญหาหลายประการได้แก่ ด้านสุขภาพ กาย สุขภาพจิต และปัญหาด้านการเงิน ซึ่งผู้ดูแลหลัก ต้องมีการดูแล ส่งผลให้มีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่จากหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และ ผู้นำศาสนา 2) ภายหลังการให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงและคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติการ ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.000$ ) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ควรมีการ ติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวภายหลังการ ทดลองเพื่อศึกษาความคงทนของโปรแกรม และควรมี การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พลังอำนาจกับ พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง



## Abstract

The purposes of this research and development were to develop the caregiver's empowerment program of bed bound elderly, and to test its effectiveness on care behavior of caregiver. Two phases included 1) the development of the caregiver's empowerment program with an application of empowerment, education and training symptom management and social support, and 2) Program testing. samples from volunteers who were caring for the elderly were bedridden and were willing to participate in the study, with criteria for selection and exclusion criteria. This research has two groups, the same size and the experimental group; 34 of each. The control group received the routine care, whereas the experimental group received the caregiver's empowerment program. The research tools consisted of 1) the caregiver's empowerment program 2) In-depth interview was based on the researcher's question combined with observation of non-participatory behavior 3) The power of caregiver questionnaires 4) Behavioral behavior assessment form for elderly caregivers. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test independent and pair t-test. The results showed that 1) From the interview, the main caregivers of the elderly had a bed. Most of them are spouses and children, Caregivers are well cared for by assessing their daily routines in caring for the elderly. The caregiver is capable of caring quite well. Based on family factors, it is important for patients to feel confident about their relationship. However, long-term care

had many problems, these include physical health, mental health, and financial issues. The primary caregiver is obliged to take care. As a result, there is a need to get help to ease the burden on government, private sector, neighbors, community leaders and religious leaders. 2) After the experimental program, the mean scores of the power of the caregivers, the elderly, the bedside and the behavior scores of the elderly caregivers were higher than before the program. And higher than the control group ( $p = 0.000$ ). Suggestion Long-term follow-up of the program is recommended to determine the durability of the program and the relationship between perceived power and elderly care behaviors should be studied.

**Keyword :** Empowerment Program, Caregiver, bed bound Elderly

## บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มนุษย์มีชีวิตรยืนยาวขึ้น ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกประเทศทั่วโลก จากร้อยละ 8 ในปี 1950 เป็นร้อยละ 11 ในปี 2009 และคาดว่าจะถึงร้อยละ 22 ในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Department of Economic and Social Affairs, 2009) ซึ่ง มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53) อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งสัดส่วนประชากรเอเชียอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีมากกว่า 4 เท่า ในปี 2050 (Abdel-Ghany, 2008; 29:549-569) ขณะเดียวกันสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากปี 2503 มีประชากรผู้สูงอายุไทยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5.4 ของ



ประชากร และเพิ่มประมาณ 7.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด โดยคาดการณ์ในปี 2568 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 1.49 หรือ 2 เท่าของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 และในปี 2573 จะเพิ่มเป็น 17.8 หรือ ร้อยละ 25 ของประชากรไทย เนื่องจากอัตราการตาย และอัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยมีแนวโน้ม ลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2503, 2533, 2553 คืออัตรา 5.4, 2.0, 1.85 ตามลำดับ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2554) ดังนั้นประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อม สำหรับสังคมผู้สูงอายุในหลายด้านรวมทั้งด้านการ สาธารณสุขที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุปัญหาการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มี แนวโน้มสูงขึ้นตามวัยที่สูงขึ้นและตามจำนวนประชากร สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และสามารถให้ความหมายตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (early old age) อายุ 65 -74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (middle old age) อายุ 75 – 84 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (late old age) อายุ 85 ปีขึ้นไป (Miller, 2009) มุมมองของการแบ่งตามกลุ่มอายุ หมายถึง เมื่อบุคคลอยู่ในช่วงอายุหรืออายุมากขึ้นจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าความแข็งแรงลดลง และมีปัญหาสุขภาพ เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีข้อจำกัดในการ ช่วยเหลือตนเอง มีความเสี่ยงสูงในการดำรงชีวิต ประจำวัน ต้องการการดูแลจากครอบครัวและทีม สุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและเป้าหมายใน การดำเนินชีวิต ทั้งนี้ระดับความสามารถในการทำ หน้าที่ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของ ผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะ กลุ่ม โดยศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ในเบื้องต้นต้องเข้าใจ ลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและต้องตระหนักใน เป้าหมายของการบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มด้วย จึงจะสามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของ ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพลักษณะทางสุขภาพ

และสังคมของผู้สูงอายุ ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติด เติงนี้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมกับสังคมด้วย ตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหา สุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ทำให้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องพึ่งพา ครอบครัว-ผู้อื่น-สังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจไม่มี ศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การ เสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้ดูแล จะช่วยเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสริมศักยภาพ ของผู้ดูแล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (Family Caregivers with bed bound elder) ส่วนใหญ่ ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) มักจะเป็นสมาชิกในครอบครัวทำ หน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกใน ครอบครัวซึ่งเจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ สามารถดูแล จัดการตนเองได้ หรือบุคคลที่มีภาวะ พร่องความสามารถทางร่างกาย โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ มุ่งหวังค่าตอบแทน การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็น การให้การดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาในการให้การดูแลที่ ยาวนาน และต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากสภาวะของสภาพ ร่างกายของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ละระบบใน ร่างกายของผู้สูงอายุในภาวะปกติถือว่าการเสื่อม ถอยที่ปกติตามวัยอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง ย่อมส่งผล กระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านจิตใจ ผู้ดูแล อาจมีความรู้สึก เครียด ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึก โดดเดี่ยวเนื่องจากถูกตัดขาดจากสังคมเนื่องด้วยภาระที่ ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลบางราย อาจรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมในที่สาธารณะ ด้านร่างกาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มักประสบกับปัญหาปวดหลัง (backache) ปวดเมื่อย ตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการอุ้มยก เคลื่อนย้าย ผู้ป่วยด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังของผู้ดูแล และนอกจากนี้อาการปวดหลังยังบ่งบอกว่าเป็นอาการ ที่มาจากภาวะจิตใจ (psychosomatic) ที่มีสาเหตุจาก ภาวะเครียด อาจรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness) จากการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และตัวผู้ดูแลเองอาจ ประสบปัญหาทางสุขภาพมากขึ้นอันเนื่องมาจากการ



รับประทานอาหาร รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น และผลกระทบที่สำคัญอีกประการคือ ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย การมีรายได้ครอบครัวลดลง หรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (สุภารัตน์ ลำอานศรี, 2558)

เนื่องด้วยศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ เน้นการมองมนุษย์แบบองค์รวม การเข้าใจถึงการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงย่อมทำให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือ ดูแลได้อย่างเหมาะสม การทำความเข้าใจถึงการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่เกิดขึ้นได้ตรงตามประสบการณ์ของผู้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจจากมุมมองของผู้เป็นผู้ดูแลเอง จะช่วยให้เกิดความเข้าใจการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ดี ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานจากแนวคิดการเป็นผู้ดูแล (Family caregiver) และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นระเบียบวิธีการวิจัย เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ถึงประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ (นุราชิตา เจ๊ะมามะ และคณะ, 2558)

อย่างไรก็ตาม ผลที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยต้องเน้นการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความกล้าในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุให้ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสนใจประยุกต์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยมีกระบวนการในการสร้างพลังอำนาจเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้ปัญหา การหาวิธีการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา และการ

ประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหา วิธีการดังกล่าวจะช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลตระหนักในความสามารถของตน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และใช้ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคมในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของ บริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันความเครียดได้ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงรับรู้ถึงพลังอำนาจซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความมั่นใจในความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุติดเตียงรวมทั้งมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่ตนเองดูแลอยู่ตามแนวคิดการสร้างพลังเชื่อว่าบุคคลทุกคนต้องเชื่อมั่นในพลังความสามารถของตนเองว่าปฏิบัติได้จริง ผู้ดูแลจะกระทำการสิ่งที่ต้องการคือการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การสร้างพลังมิใช่เป็นเพียงการสอน การฝึกฝนแต่เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเพื่อการดูแลภาวะสุขภาพได้จริง ซึ่งพยาบาลและบุคคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือสถานบริการที่รับดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์รวมกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเป้าหมายหลักคือ ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพจนวาระสุดท้ายของชีวิต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
3. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง



3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ทำการศึกษา ในชุมชน ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี คณะผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (STIC 024/2014) วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาเพื่อขออนุมัติทำการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตามขั้นตอน

**ขั้นตอนการดำเนินงาน** การวิจัยและพัฒนา ในครั้งนี้ ดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ของ ไพบูรณ์ คะเชนทรพรรค และคณะ (2559) และสรุปขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ขั้นตอนการศึกษาดูสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และการปฏิบัติการด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา คือ ตัวผู้วิจัย (Streubert and Carpenter, 2007) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการวิจัยเพื่อช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการบันทึกข้อมูลเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเตรียมแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับใช้ถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเป็นคำถามกว้าง ๆ ไม่มีการเรียงลำดับคำถามตายตัว หลังจากผู้วิจัยสร้างแนวคำถามด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา กลับกรองและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนจะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม (Observation) แบบไม่มีส่วนร่วมจากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตทันทีภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นในแต่ละวัน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นระเบียบวิธีการวิจัย เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ถึงประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ จำนวน 26 ราย

### 2. ขั้นตอนพัฒนาโปรแกรม การสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงประกอบด้วย

2.1 การวางแผนการวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับแนวคิดที่เกี่ยวข้อง คือ แนวคิดสร้างเสริมพลังอำนาจ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อมาประยุกต์เป็น กรอบเนื้อหาของโปรแกรม

2.2 พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมของ เพ็ญศิริ สิริกุล (2553) ดังต่อไปนี้

2.2.1 กำหนดโครงสร้างหัวข้อความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหา กิจกรรมในแต่ละส่วน โดยประยุกต์ความรู้เนื้อหา กิจกรรมตามแนวคิดสร้างเสริมพลังอำนาจ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมากำหนดหัวข้อความรู้ออกเป็น 2 ส่วน ดังภาพที่ 1



ส่วนที่ 1 การสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยประยุกต์แนวความคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลค้นพบปัญหา ความต้องการของตนเองและให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 20 นาที



ส่งเสริมให้แสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ร่วมกับให้ความรู้ให้ผู้ดูแลและให้เข้าใจสถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียงใช้เวลา 20 นาที



ให้ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังใช้เวลา 20 นาที

ส่วนที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมของ ประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในสังคมรู้สึกมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ในการต่อสู้ปัญหา ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในแต่ละกลุ่มในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใช้เวลา 30 นาที

2.3.1 นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ความครอบคลุมถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.66

2.3.2 นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโปรแกรมและความเหมาะสมของภาษาที่จะใช้ในการสอนและทดลอง

**3. ขั้นตอนทดสอบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง**

3.1 นำโปรแกรมที่ผ่านการทดลองใช้ ไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ในช่วงเดือน

มีนาคม-พฤษภาคม 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอาศัยอยู่ในชุมชนตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลัก อายุ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยทั้งพูด อ่าน เขียน ไม่จำกัดสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย งานวิจัยนี้มีตัวอย่างสองกลุ่ม และมีขนาดเท่ากัน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 68 คน ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ โดยให้อาสาสมัครกรอกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusions Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions Criteria) ได้แก่ 1) สมครใจ และเต็มใจในการเข้าร่วมการทดลอง โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ (Inclusions Criteria form) 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยทั้งพูดอ่านเขียน 3) เป็นผู้ดูแล



ผู้สูงอายุติดเตียงหลัก และ 4) เข้าร่วมการวิจัยตลอด 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusions Criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอด 4 สัปดาห์

3.2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามที่พัฒนาขึ้น โดย

3.2.1 กำหนดให้กลุ่มทดลองได้รับการประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายปิดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อตามระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เกณฑ์ประกอบด้วย 5 ระดับ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของวิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ (2558) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาของข้อความให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและนำแบบสอบถามที่ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายปิดเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับให้คะแนนเป็นรายข้อตามแบบพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลในชุมชน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของวิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ (2558) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3

ท่านและนำแบบสอบถามที่ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 โดยดำเนินการกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน จำนวน 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำไทร และได้รับการประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

3.2.2 กำหนดให้กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล และได้รับการดูแลตามที่ปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน จากนั้นประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน

3.3 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนบันทึกไปพร้อม ๆ กัน ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไอซซี (Colaizzi, 1978 cited in Streubert and Carpenter, 2007)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ T-test independent และ Paired T-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายในระยะศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 26 ราย ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียง และ/หรือสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่



เป็นเพศหญิงโดยมีสถานะเป็นภรรยา หรือเป็นบุตรสาว ของผู้สูงอายุติดเตียง ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สิ่งที่ ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้สูงอายุติดเตียงปฏิบัติต่อกัน ถือเป็น การรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว โดยยึดถือในประเพณีและความกตัญญูทวดทวดที่ สักคมไทยยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมา และนอกจาก สมาชิกในครอบครัวแล้วยังพบว่า การได้รับการบริการจาก เครือข่ายความช่วยเหลือภายนอกครอบครัวที่ผู้ดูแล และผู้สูงอายุติดเตียงได้รับ คือบริการด้านสุขภาพ การ เยี่ยมเยียนโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน และการได้รับการ บริการในส่วนบริการด้านสังคม เช่น การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมโดยอาสาสมัครและการสงเคราะห์ด้านต่างๆ ซึ่งได้รับค่อนข้างน้อยและไม่ทั่วถึง

1.2 ผลการประเมินความสามารถในการ ดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลมีความสามารถ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงค่อนข้างดี โดยอาศัยปัจจัย ภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ลักษณะการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงในครอบครัวจะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแล หลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การ รับประทานอาหาร การรับประทานยา การดูแลความ สะอาดและสุขภาพโดยรวม ส่วนสมาชิกคนอื่น ๆ ใน ครอบครัวคนจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้าน เงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น การที่สมาชิกใน ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีนี้ส่งผลให้ ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่า ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และยังเป็น การแสดง ให้เห็นว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงมีสัมพันธ์ภาพในระดับที่ดี

1.3 ปัญหาหลายประการของผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติด เตียงในระยะยาวส่งผลให้ผู้ดูแลประสบปัญหาหลาย ประการ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต สูง เบาหวาน จากการพักผ่อนไม่เพียงพอและขาดการ ออกกำลังกาย ปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น การปวด หลัง จากการอุ้ม ยก เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุติดเตียง ปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะเครียดจากการขาด

เวลาพักผ่อนหย่อนใจ และปัญหาด้านการเงิน ซึ่งเกิด จากการขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลหลัก บางรายต้องลาออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียง เป็นต้น ส่งผลให้ครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องของการแบ่งเบา ภาระหน้าที่ดังกล่าว ต้องการการสนับสนุนจาก หน่วยงานภาครัฐบาล ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำ ชุมชน และศาสนาที่ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกิน ความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้

1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของ ครอบครัวในการดูแลได้แก่ 1) โครงสร้างของครอบครัว ครอบครัวที่มีบุตรน้อย เครือข่ายการดูแลก็น้อยลงไปด้วย และถ้าโสด หม้าย หรือหย่าร้างมักเกิดปัญหาการ ขาดแคลนผู้ดูแล 2) การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 3) การมี ส่วนร่วมในกำลังแรงงานซึ่งเป็นผู้ดูแลต้องหยุดทำงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุเพื่อแสดงบทบาทตามประเพณี และแสดงความกตัญญูทวดทวด

2. สถานการณ์ การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติด เตียง ก่อนการพัฒนา

2.1 ด้านผู้สูงอายุติดเตียง พบประเด็นที่ ควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ ยังไม่มีแนวทางการดูแล สุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง โดยเฉพาะขาดความเตรียมพร้อมในการดูแลไม่มีแนว ทางการดำเนินงาน ตลอดทั้งช่องทางการเชื่อมประสาน ระหว่างหน่วยประสานไม่ชัดเจน

2.2 ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลขาด ความรู้และทักษะด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุติด เตียงที่ถูกต้อง ต้องได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และ ทักษะด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มี ภาระที่ต้องทำงานบ้านและงานนอกบ้าน ไม่สามารถให้ การดูแลตลอดเวลาได้ บางครั้งต้องทิ้งให้ผู้สูงอายุติด เตียงอยู่คนเดียว ตลอดทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจผู้ดูแล ต้องมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น

3. การวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแล สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จากการวิเคราะห์ สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง จากการ





สัมภาษณ์ผู้ดูแล และจากการประเมินภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุติดเตียง มีความต้องการในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง จึงมีกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลดังนี้

3.1 ขั้นตอนพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้กิจกรรมตามแนวคิดสร้างเสริมพลังอำนาจ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมากำหนดหัวข้อความรู้ออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยประยุกต์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลค้นพบปัญหา ความต้องการของตนเองและให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 20 นาที ต่อด้วยส่งเสริมให้แสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ร่วมกันให้ความรู้ให้ผู้ดูแลและให้เข้าใจสถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียงใช้เวลา 40 นาที สุดท้ายให้ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังใช้เวลา 30 นาที รวมระยะ 90 นาที ในส่วนนี้ปรับเวลาให้เหมาะสม เนื่องจากขั้นตอนการใช้เวลาในกิจกรรม 2 และ 3 น้อยเกินไปจึงทำให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นได้น้อยและไม่ครบทุกคน

ส่วนที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในสังคมรู้สึกมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ในการต่อสู้ปัญหา ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การระบายความรู้ที่ติดผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฟังส่งเสริมการให้กำลังใจกันในแต่ละกลุ่มใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความเครียด และสังคมได้เข้าใจตัวผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น และการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในแต่ละกลุ่มในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใช้เวลา 30 นาที รวมระยะ 60 นาที

3.2 ขั้นตอนทดสอบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การทดสอบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.1, 89.8) อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 38.2, 32.4) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ทำงานบ้าน (ร้อยละ 41.2, 38.2) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย 7-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 50.0) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 70.6, 64.8) เป็นญาติ (ร้อยละ 55.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.9, 50.0) และมีแหล่งให้การสนับสนุน (ร้อยละ 44.1, 50.0)

3. ภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

| พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง | n  | $\bar{X}$ | SD   | t      | df | p     |
|---------------------------------------|----|-----------|------|--------|----|-------|
| ก่อนใช้โปรแกรม                        | 34 | 3.51      | .846 | -4.576 | 33 | <.001 |
| หลังใช้โปรแกรม                        | 34 | 4.16      | .444 |        |    |       |

(p-value = 0.05)

4. ภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรมฯ

| พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง | n  | $\bar{X}$ | SD   | t     | df | p     |
|---------------------------------------|----|-----------|------|-------|----|-------|
| กลุ่มทดลอง                            | 34 | 4.16      | .444 | 7.320 | 66 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม                           | 34 | 3.45      | .349 |       |    |       |

(p-value = 0.05)

5. ภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

| พฤติกรรมการปฏิบัติการดูแล | n  | $\bar{X}$ | SD   | t      | df | p     |
|---------------------------|----|-----------|------|--------|----|-------|
| ก่อนใช้โปรแกรม            | 34 | 3.47      | .378 | -8.389 | 33 | <.001 |
| หลังใช้โปรแกรม            | 34 | 4.34      | .403 |        |    |       |

(p-value = 0.05)

6. ภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรม

| พฤติกรรมการปฏิบัติการดูแล | n  | $\bar{X}$ | SD   | t     | Df | p     |
|---------------------------|----|-----------|------|-------|----|-------|
| กลุ่มทดลอง                | 34 | 4.34      | .403 | 9.444 | 66 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม               | 34 | 3.45      | .371 |       |    |       |

(p-value = 0.05)

## อภิปรายผล

### 1. สภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และ/หรือสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยมีสถานะเป็นภรรยา หรือเป็นบุตรสาวของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณในครั้งนี้ และการศึกษาของพวงเพ็ญ ผึ้งกสิวิทย์และคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่



เป็นเพศหญิง เป็นภรรยาและบุตรสาว อายุระหว่าง 41-50 ปี ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงค่อนข้างดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจว่ามีความรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของผู้สูงอายุติดเตียง สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ และสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ นอกจากนั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยา บุตร หรือญาติสนิท ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวทำให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยและมีความเต็มใจในการดูแล ยอมรับภาระนี้ได้ ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญในการดูแลสมาชิก เป็นแหล่งที่ให้ความรักความคุ้มครอง และความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิกครอบครัว สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงความต้องการการเอาใจใส่ และความรักจากครอบครัวจะมีสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ และคาดหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งพึ่งพิงสุดท้ายในชีวิต การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุคือการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่าง ๆ ได้ และให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ทั้ง ความรู้ความสามารถ ทักษะ และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเต็มที่

จากการสัมภาษณ์และสังเกตพบว่าปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายที่เริ่มมีความเสื่อม และปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ และปัญหาด้านการเงิน รวมทั้งต้องการให้มีหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขมาช่วยดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 40-51 ปีมากที่สุดและรองลงมาอายุ 51-60 ปี รวมทั้งมีผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้กำลังเข้าสู่วัยที่มีความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งส่วนมากจะมีโรคประจำตัวและเข้ารับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเช่นกัน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นภาระที่หนัก

เนื่องจากเป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) เนื่องจากเกรงว่าถ้าละทิ้งผู้ป่วยไปอาจมีเหตุการณ์ที่ทำให้การผู้ป่วยทรุดลงได้ จนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างที่เคยปฏิบัติได้ นอกจากนั้นแล้วผู้ที่มีความเจ็บป่วยย่อมมีความไม่สบายใจ หงุดหงิด โกรธง่าย ไม่ทำตามแผนการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งขาดความสนใจในการดูแลตนเอง สิ่งเหล่านี้จะสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล จนส่งผลต่อความเสื่อมของสุขภาพทางกายได้ และอาจส่งผลต่อการเงินและเศรษฐกิจในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานประจำเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ทำให้ขาดรายได้ไป หรือกรณีที่ไม่ว่างออกจากส่งผลเสียต่อการทำงานได้เนื่องจากอาจต้องลางานบ่อยครั้งเพื่อดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้มีศักยภาพในการดูแลและจัดการการดูแลรวมทั้งพัฒนาผู้ดูแลเพิ่มขึ้น หรือทดแทนผู้ดูแลที่ประสบภาวะสุขภาพ หรือเหนื่อยจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยหน่วยงานด้านบริการสุขภาพอาจจัดให้มีการตรวจเยี่ยมเป็นระยะ ๆ หรืออบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้การช่วยเหลือปัญหาที่ไม่ซับซ้อนได้ระดับหนึ่ง

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมมีที่มาจากการศึกษาที่ครอบคลุมหลายช่องทางได้แก่ การศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เหมาะสม รวมทั้งศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโปรแกรมหรือกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง กิจกรรมในโปรแกรมจึงมีความหลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ผลการทดลองนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แนวนุต (2558) ที่พบว่าเมื่อนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และได้เพิ่ม



ประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในสังคมรู้สึกมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ในการต่อสู้ปัญหา ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญศิริ สิริกุล, ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม และ เสริม ทศศรี. (2553).พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มาส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และก่อนจะใช้โปรแกรมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุจริง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมตรวจสอบโครงสร้างรูปแบบกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ และยังการศึกษา นำร่องและปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นทั้งด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเรียนรู้และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตตนเอง เพิ่มพูนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเอง ในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ซึ่งกับสัน ได้สรุปกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจว่าประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

เมื่อนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไปทดลองใช้โดยการสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม

คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพ ใช้เวลา 20 นาที ต่อด้วยส่งเสริมให้แสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ร่วมกันให้ความรู้ให้ผู้ดูแลและให้เข้าใจสถานการณ์ ผู้สูงอายุติดเตียงใช้เวลา 40 นาที สุดท้ายให้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังใช้เวลา 30 นาที รวมระยะ 90 นาที และเพิ่มการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมของ ประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน ต่าง ๆ ในสังคมที่รู้สึกมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ในการต่อสู้ปัญหา ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การระบายความรู้ที่ต้องดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พังส่งเสริมการให้กำลังใจกัน ในแต่ละกลุ่มใช้เวลา 30 นาที และการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในแต่ละกลุ่มในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใช้เวลา 30 นาที รวมระยะ 60 นาทีไปทดลองใช้ พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองและ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุรายชื่อก่อนและหลังการใช้โปรแกรมทั้งในภาพรวมและรายชื่อพบว่าเพิ่มขึ้นทุกรายการ

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มทดลองรายการที่มีผลต่างค่าเฉลี่ยก่อน-หลังการใช้โปรแกรมสูงสุด 3 รายการคือมั่นใจว่ามีความรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของผู้สูงอายุที่ทานดูแลอยู่ รองลงมาคือ มั่นใจว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงคืออะไร และมั่นใจว่ามีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของผู้สูงอายุติดเตียง ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลกลุ่มทดลองรายการที่มีผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนหลังการใช้โปรแกรมสูงสุด 3 รายการคือดูแลให้ผู้สูงอายุได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รองลงมาคือ ประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ตามลำดับ



## เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557).  
แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2544 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
เทพเพ็ญวานิชย์.
- นุชชาติดา เจ๊ะมามะ, วิภาวดี คงอินทร์ และจารุวรรณ มานะสุรการ. (2558). ประสบการณ์ความสุขของ  
ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 16  
(3), 83-99.
- พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์ และคณะ. (2560). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติด  
บ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 54-64.
- เพ็ญศิริ สิริกุล, ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม และ เสริม ทศศรี. (2553). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริม  
ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 2 (3), 34-49.
- ไพบูรณ์ คะเชนทรพรพงศ์ และคณะ. (2559) *การศึกษาชุมชนเพื่อการวิจัยและพัฒนา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมธิราช
- วิภา เพ็งเสี่ยม, พิชราภรณ์ ไซสังข์ และปัญญกรณ์ ยะเกษม. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง  
อำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8 (1), 152-165.
- สมศักดิ์ ชุมหรัศม์. (บรรณาธิการ). (2554). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ  
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2556). *การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางการปฏิบัติของ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางในการบริการผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1, บริษัทสมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับ  
ลิชชิ่งจำกัด.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควร  
มองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29 (4), 22-31
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเอง  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8 (4), 30-40.
- สุภารัตน์ สำอางค์ศรี. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง  
ในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่ง  
ประเทศไทย*, 5 (1), 42-54.
- Abdel-Ghany, M. (2008). Problematic Progress in Asia: Growing Older and Apart. *J Fam Econ Iss.*  
2008; 29:549-569.
- Department of Economic and Social Affairs. (2009). *World population Ageing*. New York:  
United Nation.
- Gibson, C.H. (1995). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children*. Doctoral  
dissertation, school of Arts and Sciences, Department of Nursing, Boston College. 1993.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison- Wesley.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adult : Theory and practice*. (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia  
: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert, H,J. & carpenter, D.R.(2007). *Qualitative Research in Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia  
: Lippincott Williams & Wilkins.