ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล[1]

(วันที่รับบทความ:15 กรกฎาคม 2562; วันที่แก้ไข: 4 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ 18 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแล (Care giver) เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 31 คนโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงพัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้ด้านปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาโดยผนวกเข้ากับทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติและการรับรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านกิจกรรมที่ 3 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล กิจกรรมที่ 4 การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลาทดลองใช้ 5เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired t-testผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ทักษะการดูแล (p-value=0.001), ความรู้ในการดูแล (p-value<0.001), ทัศนคติในการดูแล(p-value=0.050), การรับรู้ด้านสุขภาพ(p-value=0.004), ปัจจัยเอื้อ (p-value<0.001), ปัจจัยเสริม(p-value<0.001)ตามลำดับ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.050) ดังนั้น การพัฒนาทักษะผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง, ทักษะผู้ดูแล,การฟื้นฟูสมรรถภาพ

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก, E-mail: rosekhom@gmail.com
Corresponding author: ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล,E-mail: rosekhom@gmail.com

Effectiveness program of rehabilitation care forelderly dependents at Mae Sot district, Takprovince

Khanittha Kosumpunkun[1]

(Receive 15th July 2019 ; Revised: 4th November 2019; Accepted 18th November 2019)

Abstract

This quasi-experimental research was to studyone group pretest-posttest design which aimed to study effectiveness program ofcaregiver's performance of rehabilitation care for elderlydependentsat Mae Sot district, Tak Province. Population in this study consisted of 31 caregivers who have been training elderlycare program within 70 hours which be registered in Mae Sot district, Tak Province, in fiscal year 2017. This program was developed from all significantly factors at 0.05 level from research study in phrase 1 including, knowledge of elderly' health problem,education,respectively.The program of caregiver's performance of rehabilitation care for elderlydependents was developed activity in by applying health perception theory and the concept of self-efficacy and empowerment composed of 5 activities including, step 1: increasing knowledge, attitude and health perception, step 2: home visit by Health teams with care giver, step 3: consulting for care giver, step 4: to support activities for daily living, step 5: empowerment and assessment with in lasted 5 months.The instrument used for data collection was questionnaire and data analyzed to test research hypothesis by Pairedt-test.The result showed that after an experimentation, the factors had mean score increased with statistic significantly such as; caregiver' s performance of rehabilitation care for elderlydependents (p-value=0.001) , knowledge (p-value<0.001), attitude (p-value=0.050), health perception(p-value=0.004), enabling factors (p-value<0.001), reinforcing factors (p-value<0.001), respectively.On these finding, care givers should to develop caregiver' s performance continuously will be built confidence for their practicing of rehabilitation care for elderlydependents, and elderly could be activities for daily living.

Keyword: Elderlydependents, Caregiver's performance, Rehabilitation

[1]Registered nurse professional level, Mae Sot Hospital, Tak Province, E-mail: rosekhom@gmail.com
Corresponding author:KhanitthaKosumpunkun, E-mail: rosekhom@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุหรือคนชราตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง[1]โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในอีก 8 ปีข้างหน้าคือปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์”เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในอีก 20 ปี หรือปี พ.ศ.2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 30[2]สำหรับในประเทศไทยข้อมูลผู้สูงอายุของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2557 พบว่ามีประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 9,928,000 คน (ร้อยละ15.30) [3]มีการคาดการณ์ว่าประชากรวัยสูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุในปี 2563 จะมีจำนวน 10,954,000 คน[4] จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่กำลังก้าวเข้าสูงวัยสูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วย เช่น การขาดรายได้จากการทำงาน ท้อแท้ เกิดความเหงา ความกังวลที่ถือว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต

จังหวัดตาก มีจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2559 จำนวน 57,191 คน โดยพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 54,291 คน (ร้อยละ 5.07) ซึ่งต้องได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจจากระบบการดูแลสุขภาพที่เรียกว่าระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในสถานบริการและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน [5] จากการประเมิน

ภาวะผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่สอด ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 69.40 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องมีผู้อื่นดูแล ร้อยละ 0.70 และผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว ร้อยละ 8.10[6] ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น หากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน พบว่าจากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คน คอยดูแลประชากรผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คน ที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยคนพิการที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงถือเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนโดยมีญาติหรือผู้ดูแลและคนในชุมชนมีส่วนร่วม ในปี พ.ศ. 2559 อำเภอแม่สอดมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) จำนวน 2,900 คน แต่มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ (Care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 110 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 1: 5-10 คนจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแล (Care giver) เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากจำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2560จำนวน 31 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2560 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อของผู้ดูแลที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 150 คน โดยนำรายชื่อผู้ดูแลมาเขียนลงในสลาก แล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมา โดยไม่ใส่กลับคืนให้ได้จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1[7] นำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาออกแบบกิจกรรมของโมเดลพัฒนาทักษะให้แก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 กิจกรรมประกอบด้วย

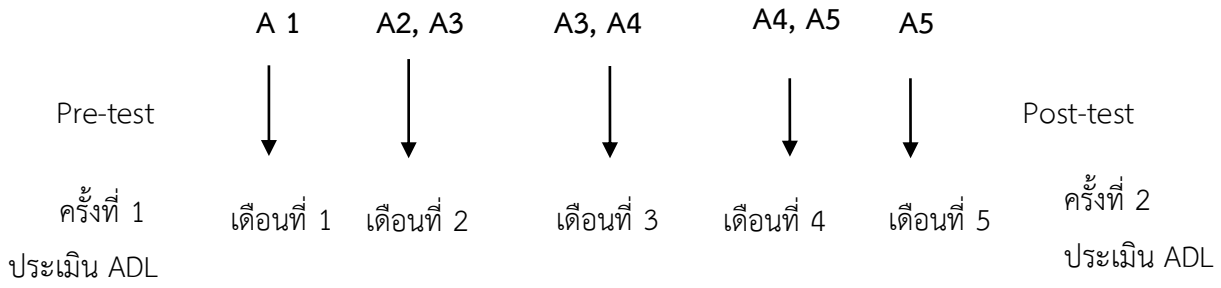
กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ทัศนคติและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลเป็นการพัฒนาทักษะผู้ดูแล (A1)

กิจกรรมที่ 2 ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบ ADL และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล(A2)

กิจกรรมที่ 3 ทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาปัญหาในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและวิธีการดูแล (A3)

กิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ (A4)

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้ดูแล เป็นการสร้างการรับรู้ความสามารถ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล (A5)



2 แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแลลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การให้ยาทางปาก 2) การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ 3) การวัดความดันโลหิต 4) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 5) การทำแผล Dry dressing 6) การทำแผล Wet dressing 7) การเช็ดตัวลดไข้ 8) การดูดเสมหะ 9) การให้อาหารทางสายยาง 10) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจนข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุดใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.[8]แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66
ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหานำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ด้านความรู้ 0.85 ด้านทัศนคติ 0.73 การรับรู้ด้านสุขภาพ 0.88ปัจจัยเอื้อ 0.83 ปัจจัยเสริม 0.82 ทักษะของผู้ดูแล 0.99

การทดลองและการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมกลุ่ม เตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการใช้แบบสอบถามจนเกิดทักษะในการเก็บข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม แล้วผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 (มกราคม) การเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลเป็นการพัฒนาทักษะผู้ดูแลโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นประเด็นการรับรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติและการบันทึกข้อมูลในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 (กุมภาพันธ์-มีนาคม) ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบ ADL และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 (มีนาคม-เมษายน) ทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาปัญหาในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและวิธีการดูแล ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

กิจกรรมที่ 4 (เมษายน-พฤษภาคม) ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการทานอาหาร ดูแลสุขภาพช่องปาก การอาบน้ำและแต่งตัว การออกกำลังกาย กิจกรรมคลายเครียด การทานยาที่จำเป็น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การพบแพทย์ตรวจรักษาโรค การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือ การบริการส่งต่อ

กิจกรรมที่ 5 (พฤษภาคม) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้ดูแลเป็นการสร้างการรับรู้ความสามารถ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการสนับสุนนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล และผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และพูดคุยถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา และเป็นการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรม Self help group ในกลุ่มผู้ดูแลและญาติของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับ ADL ของผู้สูงอายุ, ทักษะการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ, ความรู้ของผู้ดูแล, ทัศนคติของผู้ดูแล ,การรับรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ดูแลทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ100) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-55 ปี (ร้อยละ 71) ($\overline{X}$ =46.77,S.D.=10.88, Max=64, Min=20) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ48.40) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ48.40) ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ทำงานบ้านตนเอง (ร้อยละ 38.70) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวระหว่าง 5,000-25,000 บาท (ร้อยละ 41.90)($\overline{X}$ =17,428.39,S.D.=17,429.42, Max=80,000,Min=1,500) มีระยะเวลาประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 64.50) สำหรับความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลพ่อแม่ของตนเอง (ร้อยละ54.80) ดูแลปู่ย่า/ตายาย (ร้อยละ 16.10) ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ29) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=31)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	หญิง	31	100.00
อายุ (ปี)			
	< 35	5	16.10
	35 – 55	22	71.00
	>55	4	12.90
	Mean=46.77, S.D.=10.880, Min=20, Max=64		
สถานภาพสมรส			
	โสด	4	12.90
	คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	15	48.40
	หม้าย/หย่า/แยก	12	38.70
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	13	41.90
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	15	48.40
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	3.20
	ปริญญาตรี	2	6.50
การประกอบอาชีพ			
	ไม่ได้ทำงาน	9	29.00
	แม่บ้าน/ทำงานบ้านตนเอง	12	38.70
	รับจ้าง	2	6.50
	ค้าขายทั่วไป/นักธุรกิจ	4	12.90
	เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	4	12.90
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			
	< 5,000	9	29.00
	5,000 – 25,000	13	41.90
	>25,000	9	29.00
	Mean=17,428.39, S.D.=17,429.42, Min=1,500, Max=80,000		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี)			
	< 5	20	64.50
	5-10	7	22.60
	>10	4	12.90
	Mean=5.48, S.D.=6.526, Min=1, Max=30		
ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่			
	ปู่ย่า/ตายาย	5	16.10
	พ่อ/แม่	17	54.80
	ผู้สูงอายุในชุมชน	9	29.00

2. ทักษะของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง (n=31)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff	95%CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ทักษะของผู้ดูแล	**3.83**	**1.115**	**4.52**	**0.646**	**1.25**	**0.23-1.15**	**3.005**	**0.001**
- การให้ยาทางปาก	4.29	0.714	4.83	0.296	0.73	0.26-0.82	3.920	<0.001
- การวัดอุณหภูมิชีพจร อัตราการหายใจ	3.97	1.147	4.62	4.623	1.34	1.11-1.90	2.825	0.002
-การวัดความดันโลหิต	4.23	0.967	4.76	0.381	0.34	0.15-0.90	2.840	<0.001
- การดูแลผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	3.68	1.390	4.43	0.765	1.87	0.17-1.32	2.630	0.001
- การทำแผล Dry dressing	3.84	1.340	4.51	0.786	1.69	0.10-1.22	2.388	0.003
- การทำแผล Wet dressing	3.80	1.304	4.54	0.651	1.63	0.21-1.26	2.822	0.002
- การเช็ดตัวลดไข้	3.94	1.321	4.48	0.799	1.13	0.01-1.09	1.961	0.022
- การดูดเสมหะ	3.56	1.450	4.31	0.931	1.65	0.30-1.36	2.422	0.001
- การให้อาหารทางสายยาง	3.67	1.434	4.44	0.867	1.89	0.17-1.37	2.571	<0.001
- การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน	3.44	1.617	4.35	0.904	1.36	0.24-1.57	2.723	<0.001

3. ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้ผลการประเมิน ADL ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และผลการประเมิน ADL หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย($\overline{X}$ =7.40, S.D.=1.064) เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\overline{X}$ =8.30, S.D.=1.752) ผลการวิจัยสรุปว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.050) (ดังตารางที่ 3และ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง (n=31)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff	95%CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(ADL)	7.06	2.920	8.68	3.646	2.54	0.43-0.79	1.922	0.050

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง (n=31) (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(ADL)				
≤12	31	100.00	29	93.54
>12	0	0	2	6.46
Mean ± S.D.	7.06± 2.920		8.68 ± 3.646	

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสรุปว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ได้ผ่านการอบรมโดยใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 10 ทักษะประกอบด้วยการให้ยาทางปาก,การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ,การวัดความดันโลหิต, การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ, การทำแผล Dry dressing, การทำแผล Wet dressing, การเช็ดตัวลดไข้, การดูดเสมหะ, การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน ทั้ง 10 ทักษะนี้จะเป็นบทบาทของผู้ดูแลที่จะต้องปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการพัฒนาทักษะให้แก่ผู้ดูแลนี้ จะมีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเพิ่มพูนทักษะให้กับผู้ดูแล โดยเป็นการจัดกิจกรรมที่ 4 เพื่อให้ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการทานอาหาร ดูแลสุขภาพช่องปาก การอาบน้ำและแต่งตัว การออกกำลังกาย กิจกรรมคลายเครียด การทานยาที่จำเป็น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การพบแพทย์ตรวจรักษาโรค การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือ การบริการส่งต่อ หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมที่ 4 เสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลมีคะแนนทักษะการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้น โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ และอ่านออกเขียนได้ทำให้มีทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาทักษะของตนเองเพราะทักษะของผู้ดูแลถือว่าเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เช่น การวัดความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องด้านเทคนิคและวิธีการ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter[9]กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลสอดคล้องกับความหมายของทฤษฎี KAPModel (Knowledge Attitude Practice) ของ Roger [10]กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลมีความรู้มีทัศนคติอย่างไรก็จะแสดงพฤติกรรมไปตามนั้น กล่าวคือ หากบุคคลนั้นได้รับการเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีและเมื่อเกิดทัศนคติที่ดีแล้วจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ดีตามมาด้วย ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะได้รับการพัฒนาด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ตามโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีการจัดกิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแล ดังนั้นกิจกรรมที่ 1 มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลได้มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น และเกิดทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากนั้นมีการจัดกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆที่จำเป็น ดังนั้นทักษะของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นมาจากประสบการณ์ตรงที่ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและสอดคล้องกับทฤษฎีของ Dewey, J. [11] แบ่งประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นเป็น 2 ประเภทคือ

1) ประสบการณ์ระดับปฐมภูมิ (Primary experience) เป็นประสบการณ์ที่ยังไม่เป็นความรู้หรือยังไม่ได้มีการคิดไตร่ตรอง เป็นเพียงกระบวนการของการกระทำและการประสบความเปลี่ยนแปลงระหว่างอินทรีย์และสภาพแวดล้อม หรืออาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์ระดับปฐมภูมิเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากการได้รับการอบรมให้ความรู้ที่ดีและมีทัศนคติที่ดี ซึ่งผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการอบรมให้ความรู้และปรับทัศนคติเพื่อทำให้เกิดประสบการณ์ระดับปฐมภูมิในเบื้องต้น และ 2) ประสบการณ์ระดับทุติยภูมิ (Secondary experience) เป็นประสบการณ์ประเภทที่เป็นความรู้คือได้ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองมาแล้ว ประสบการณ์ระดับปฐมภูมิจะเป็นเนื้อหาของประสบการณ์ระดับทุติยภูมิเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับคิดวิเคราะห์และไตร่ตรอง ประสบการณ์ที่เกิดจากการคิดไตร่ตรอง (Reflective thought) เรียกอีกอย่างว่าประสบการณ์การเรียนรู้ (Cognitive experience) เป็นสิ่งที่เกิดมาจากการเรียนรู้หรือการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้ดูแลที่ได้ลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้โดยตรง โดยปรัชญาของดิวอี้เป็นปรัชญาที่สะท้อนออกมาเด่นชัดในเรื่องการกระบวนการสร้างสรรค์ประสบการณ์ใหม่ที่ต่อเนื่องกับประสบการณ์เดิมไปเรื่อยๆ ต้องส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ใหม่เพื่อเป็นวิถีนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจในปัจจุบันและอนาคตได้ เช่นเดียวกับการจัดกิจกรรมที่ 4 โดยให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรม และการปรับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ที่จำเป็น ดังนั้นสิ่งที่ตามมาคือ ความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะการปฏิบัติอย่างถูกต้อง

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้ผลการประเมิน ADL ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและผลการประเมิน ADL หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแล

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นโดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเท่ากับ 7.06 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเท่ากับ 8.68 ผลการวิจัยสรุปว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.050) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีการดำเนินกิจกรรมที่ 2 ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุหรือแบบ ADL และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลในการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการออกปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่สอด เพื่อเป็นการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในการติดตามและประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบ ADL นั้น สามารถนำมาใช้ในการประเมินทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีแล้วจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และการดำเนินกิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย จำนวน 70 ชั่วโมง ผนวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ออกปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดทักษะจากการปฏิบัติงานและเกิดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สามารถทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นในทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลแม่สอด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการจัดประชุมเพื่อสรุปผลและประเด็นทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับผู้ดูแลหลัก ในการใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทในการปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว เป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพสมาชิกในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
2. ชมพูนุช พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย(Aging society in Thailand). วารสารสำนักวิชาการสำนักเลขาธิการวุฒิสภา. 2556; 3(16): 3.
3. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน;2555.
4. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2549.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. การคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ.ข้อมูลเดือนกันยายน 2559;2559.
6. ชิด บุญมาก และคณะ. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครแม่สอด. โรงพยาบาลแม่สอด;2559.
7. ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. รวมบทความการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6 ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ประจำปี 2561“การดูแลทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ” ในวันที่ 4-5 เมษายน 2561. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล;2561.
8. Best, John W. Research is evaluation. (3rded). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
9. Green, L. W. and Kreuter, M.W. Health promotion planning: and environmental approach. Toronto:Mayfied Publishing; 1991.
10. Roger, C. R. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: HoughtonMiffin; 1961.
11. Dewey, J. Moral principle of education**.** Boston : Houghton Mifflin Co; 1976.