

การเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ยุวดี อำพิน พย.บ.*

อัญสุรีย์ ศิริโสภณ วท.ม.**

(วันรับบทความ: 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 17 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 18 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาชีวิตผู้ประสพเพื่อพัฒนาและศึกษาผลโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับโปรแกรมการเพิ่มทักษะและการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวในเขตรับผิดชอบของตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติกำหนด จำนวน 60 คน สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับโปรแกรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมตามคู่มือฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถ และแบบประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงมีค่าเท่ากับ 0.78, 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลด้วยการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย ปรากฏว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลของกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะบุคลากรทางด้านสุขภาพควรเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการอบรมพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ยุคปกติได้

คำสำคัญ: ทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่, อาสาสมัครประจำครอบครัว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การรับรู้ความสามารถของตนเอง

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม จังหวัดอุทัยธานี

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

**ผู้ประสานงานการตีพิมพ์ E.mail : ansuree2549@gmail.com โทร. 083-4882512

Improving New Normal Care Skills for Family Volunteers Caring for Dependent Elderly Patients

Yuwadee Amphin B.N.S.*
Ansuree Sirisophon M.Sc.**

(Received Date: November 27, 2022, Revised Date: December 17, 2022, Accepted Date: December 18, 2022)

Abstract

This research and developmental research design study aimed to develop and assess a new program to provide training about “new normal” care skills for family volunteers caring for dependent, elderly family members and an associated social support program. The participants were 60 family volunteers located in the Nam Seum sub-district in the Meung district of Uthaitani Province, Thailand. They were selected by purposive sampling and divided into an experimental and control group consisting of 30 participants each. The experimental group received training in the new normal care skills enhancement program for the care of dependent elderly family members along with with social reinforcement, while the control group received training based on the traditional family volunteer training program from the Ministry of Public Health. The research instruments included a knowledge assessment, a competency assessment, and the new normal care skills assessment developed by the researchers. The content validity was assessed by experts and the instruments’ reliabilities were 0.78, 0.82 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The research found that, after completing the training, the mean scores for knowledge, competency, and new normal caring skills among the experimental group were higher than before receiving the program and that the experimental group had statistically significant higher scores than the control group that received the traditional elderly care training at the .01 significance level. The findings suggested that health personnel should add the new normal care skills training program simultaneously with providing social reinforcement to the training program for caring for dependent elderly family members in order to be able to adapt training for family caregivers to meet the standards of the “new normal care practices”.

Keywords: New Normal Care Skills, Family volunteers, Dependent Elderly, Self-Efficacy

*Namsuem Health Promotion Hospital Uthai Thani

**Baromarajonani College of Nursing Sawanpacharak Nakornsawan, Nakornsawan

**Corresponding Author Email : ansuree2549@gmail.com Tel: 083-4882512

บทนำ

การดูแลผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่มีการศึกษาและได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ทางสังคมโลกที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากทำให้สัดส่วนโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นานาประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการสำรวจประชากรในประเทศไทย พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 11 มีการคาดการณ์อีกว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) โดยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ ประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอุทัยธานีในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 20.27 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด นอกจากนี้ ผลการคัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปรากฏว่า ประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดเป็นกลุ่มติดสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 81.83) รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 1.74) และติดเตียง (ร้อยละ 0.80) อีกทั้งยังมีผู้พิการที่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 8.77 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดอุทัยธานีได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้วเช่นกัน²

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลยุทธ์ในการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลระยะยาว (long term care : LTC) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และด้วยแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ญาติพี่น้อง ซึ่งแต่ละคนจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน มีปัญหาด้านสุขภาพที่อาจจะเหมือนกันหรือต่างกันแล้วแต่สุขภาพของแต่ละบุคคล การที่จะทำให้ครอบครัวนั้น ๆ สุขภาพดี มีชีวิตยืนยาวและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขนั้นจะต้องได้รับการดูแลและส่งเสริม ป้องกัน จัดการความเสี่ยงและภัยสุขภาพ

ไม่ให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพขึ้น หากมีผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวได้รับการดูแลซึ่งบุคคลที่ดีและเหมาะสมที่สุดก็คือ สมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ เอง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ด้วยการนำลูก หลาน ญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวรวมถึงเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจให้มาเป็นผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัวและพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยจัดอบรมให้มีความรู้ ทักษะการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ และนำไปปฏิบัติจริงในการดำรงชีวิตของตนเองและใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง³ การดำเนินงานเกี่ยวกับพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดอุทัยธานี ได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพครอบครัวครอบคลุมพื้นที่ 7 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,300 คนและผู้พิการ 221 คน ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการจำแนกเป็นกลุ่มติดบ้านจำนวน 55 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 34 คน มีอาสาสมัครประจำครอบครัว จำนวน 60 คน มีการประเมินผลจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager: CM) ในการดูแลผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความสามารถดูแลผู้สูงวัยได้น้อย เนื่องจากไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อนจึงขาดความมั่นใจในการดูแล ถึงแม้จะผ่านการอบรมมาแล้วก็ตาม และด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดแนวปฏิบัติใหม่ (new normal) ที่อาสาสมัครประจำครอบครัวและผู้สูงอายุต่างก็ต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำครอบครัว ในพื้นที่ตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานีโดยตรง และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่นำแนวคิดการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่มาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม จึงสนใจที่จะมุ่งพัฒนาการเพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว ด้วยการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะโดยมุ่งหวังพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติของอาสาสมัครประจำครอบครัว เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยนำแนวคิดรูปแบบวิถีใหม่มาเพื่อพัฒนาทักษะและ

ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และแกนนำชุมชนให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ด้วยการเยี่ยมติดตาม ให้กำลังใจ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและความมั่นใจในความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในครอบครัวของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และภาคภูมิใจมีความสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้มากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ต่อความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยมุ่งศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ตามแนวคิดของ Bandura⁴ การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ตามแนวคิดของ Cobb⁵ และแนวคิดการดูแลสุขภาพภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป (next normal) ตามแนวคิดของปริญญารัตน์ ฐนะบุญปวง⁶ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ต่อความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม
2. ความสามารถในการดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม

3. ทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

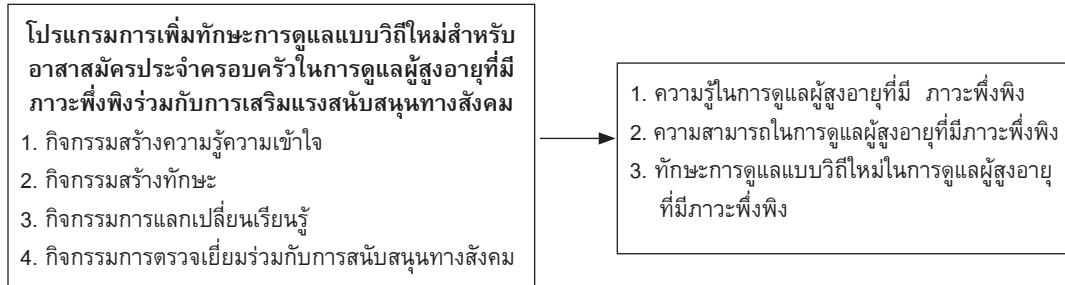
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura⁴ อธิบายว่าหากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (efficacy beliefs) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectancies) แล้วจะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การดำเนินชีวิตในรูปแบบวิถีใหม่ในปัจจุบันก็มีความสำคัญและสามารถเติมเต็มทักษะที่จำเป็นและสำคัญในยุคปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่รวดเร็ว ทำให้ทุกคนต้องรู้เท่าทัน สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงนี้ให้ได้

ทั้งนี้ การนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาดำเนินการด้วยการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสอนสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความคาดหวังในผลลัพธ์ในตนเองต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้นได้ ในขณะที่การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb⁵ ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านของชีวิตหรือประสบกับภาวะวิกฤต หากมีเครือข่ายทางสังคมคอยประคับประคองบุคคลนั้นอยู่ บุคคลก็จะรู้สึกว่ามันปลอดภัยเพราะได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นมาร่วมด้วยแล้ว ย่อมทำให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเห็นคุณค่าของตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังได้เช่นกัน

ดังนั้น กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม กำหนดให้กิจกรรมสร้าง

ความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมสร้างทักษะ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมการตรวจเยี่ยมร่วมกับการ

สนับสนุนทางสังคมสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและศึกษาผลของโปรแกรม วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1.1 การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura⁴ 2) การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb⁵ และ 3) แนวคิดการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติดี⁶ ไปตามแนวคิดของปรัชญาการณ ฐนะบุญปอง⁶

1.2 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

กำหนดเนื้อหาและประเด็นการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมสร้างทักษะ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมการตรวจเยี่ยมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดอบรมด้วยการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ จัดประชุม และตรวจติดตามการปฏิบัติของอาสาสมัครประจำครอบครัวในระยะเวลา 5 สัปดาห์

1.3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกอบรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกอบรมเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ 2) อาจารย์พยาบาล 3) พยาบาลวิชาชีพ และ 4) นักวิชาการสาธารณสุข วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (index of item objective congruence : IOC) มีค่าเท่ากับ 1.00

ระยะที่ 2 การเปรียบเทียบผลการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

2.1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นประชากรทั้งหมด คืออาสาสมัครประจำครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและอาศัยอยู่ในตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน

กำหนดขนาดตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมในอดีตของ Wangpitipanit et al⁷ ได้ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาอาศัย

ในประเทศไทย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis กำหนดค่า $\alpha=.05$ และ $\text{power}=.80$ คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมถึงวิเชษฐ์ เวชิตสันเทียะ และคณะ^๑ ในการศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบสองกลุ่มได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

ดังนั้น จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันนี้ เท่ากับ 60 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม จำนวน 30 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลาก

กำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ต้องขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-65 ปี 2) ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ไม่เคยเข้าร่วมอบรมการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน และ 5) สามารถเข้าโปรแกรมได้ตลอดเวลาจนเสร็จสิ้น

ส่วนกำหนดเกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ลาออกจากความเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และ 2) เจ็บป่วยกะทันหันทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ในระยะขั้นตอนเวลาการวิจัย

2.2 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2.2.1 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข^๑ และบรรณันท์ พิมพ์โพธิ์¹⁰ แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครประจำครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ ที่อยู่ อายุ ระดับการ

ศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้อยู่อาศัยที่มีภาวะพึ่งพิง โรคของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะเวลาที่ผู้อยู่อาศัยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลมีอาการเจ็บป่วย โดยให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบประเมิน

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (multiple choice question) ใน 4 ตัวเลือก กำหนดให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว โดยให้อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นผู้ตอบแบบประเมิน แบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนประเมินความรู้ คือ ตอบผิด ให้ 0 คะแนน และตอบถูก ให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ ตามแนวคิดของ Bloom¹¹ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่ดี ช่วงคะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป 2) มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่ปานกลาง ช่วงคะแนนระหว่าง 13-15 คะแนน หรือร้อยละ 60-79 และ 3) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่ไม่ดี ช่วงคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน เป็นต้นไป หรือน้อยกว่าร้อยละ 60

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข^๑ และบรรณันท์ พิมพ์โพธิ์¹⁰ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว โดยให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 33 ข้อ และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่ตั้งแต่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.20-5.00$) ระดับมาก ($\bar{x}=3.40-4.19$) ระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.60-3.39$) ระดับน้อย ($\bar{x}=1.80-2.59$) และระดับน้อยที่สุด ($\bar{x}=1.00-1.79$)

2.2.3 แบบประเมินทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข^๑ บรรณันท์ พิมพ์โพธิ์¹⁰ และปริญญารัตน์

ขณะบุญปวง¹² ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เป็นผู้ประเมินทักษะอาสาสมัครประจำครอบครัวใน 2 ด้าน คือ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ และด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 32 ข้อ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนประเมินทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับทักษะจากค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ตั้งแต่ระดับดี ($\bar{x}=1.34-2.00$) ระดับพอใช้ ($\bar{x}=0.67-1.33$) และระดับไม่ดี ($\bar{x}=0.00-0.66$)

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2.3.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมทั้ง 3 ชุด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้เท่ากับ 1.00

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.89

3) แบบประเมินทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.89

2.3.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมทั้ง 3 ชุด ไปทดลองเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์รอนบาคแอลฟา ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.78

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.82

3) แบบประเมินทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.87

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 3 กันยายน - 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.4.1 ขั้นตอนก่อนการวิจัย

1) ติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) ประชุมทีมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนตามแผนการวิจัยอย่างละเอียด ก่อนดำเนินการวิจัย

2.4.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1) เก็บข้อมูลด้วยการขอให้อาสาสมัครครอบครัวตอบแบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถและขอให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขประเมินผลทักษะของอาสาสมัครครอบครัวในระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม - 4 กันยายน พ.ศ. 2565

2) สำหรับกลุ่มทดลองดำเนินการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นเวลา 2 วัน ในระหว่างวันที่ 5-6 กันยายน พ.ศ. 2565 ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกวัน วันละ 1-5 ราย แต่ละรายได้รับการติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ในระหว่างวันที่ 6 กันยายน-12 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ผ่านระบบออนไลน์และการเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ

ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม คือการจัดอบรมตามหัวข้อในคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลา 2 วัน ในระหว่างวันที่ 12-13 กันยายน พ.ศ. 2565 และการติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ

2.4.3 ขั้นตอนหลังการวิจัย

1) เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบประเมินทั้ง 3 ชุดกับกลุ่มตัวอย่างและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขประเมินทักษะในระหว่างวันที่ 1-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2.5.2 สถิติอนุมาน (inferential statistics)

1) สถิติการทดสอบค่าทีของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

2) สถิติการทดสอบค่าทีของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี เลขที่ 18/2565 วันที่รับรอง 2 สิงหาคม 2565 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีการทบทไต่ ต่อกกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับการตรวจสอบและคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาทดลองใช้ และสามารถนำมาใช้ได้จริงกับอาสาสมัครประจำครอบครัว โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมสร้างทักษะ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมการตรวจเยี่ยม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความรู้ความเข้าใจ ใช้เวลาฝึกอบรมจำนวน 1 วัน มีเนื้อหา 4 หัวข้อ ประกอบด้วย 1. การดูแลสุขภาพทั่วไปกับผู้ป่วย 2. การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 3. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

และ 4. การดูแลแบบวิถีใหม่ ซึ่งอาสาสมัครประจำครอบครัวมีความสนใจ ตั้งใจในการเรียนรู้ มีการถามและตอบคำถามเป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 2 สร้างทักษะ ใช้เวลาฝึกทักษะจำนวน 1 วัน โดยแบ่งกลุ่มย่อย 4 ฐาน ฐานละ 7-8 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากรฐานละ 1 คน ดำเนินการสาธิตและผู้เข้าอบรมสาธิตย้อนกลับ ประกอบด้วย ฐานที่ 1 การสาธิตการล้างมือตนเองและผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ฐานที่ 2 การสาธิตการใส่ การเลือก การทิ้งหน้ากากอนามัย ฐานที่ 3 การป้อนอาหารเตรียมอาหารเครื่องดื่มโดยยึดหลักป้องกันการติดเชื้อ และฐานที่ 4 การใช้ช่องทางสื่อสารออนไลน์

กิจกรรมที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกำหนดตารางวันเวลาหลังการอบรม สัปดาห์ 1 และสัปดาห์ที่ 3 นัดประชุม ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม จัดเวทีให้อาสาสมัครแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลแบบวิถีใหม่ ครั้งละ 2 ชั่วโมง

ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการอบรมพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ สามารถปฏิบัติตามความรู้ ความเข้าใจจากกิจกรรมที่ได้อบรมไปแล้วได้ มีบางรายสอบถามเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ชนิดฉีดพ่นแบบละอองฝอย และการใช้น้ำยาทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม และการรับประทานสมุนไพรป้องกันโรค ทำให้มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์ที่น่าสนใจเพิ่มมากขึ้น ในสัปดาห์ที่ 3 หลังการอบรม อาสาสมัครประจำครอบครัวยังคงมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ มีความคล่องแคล่วในการปฏิบัติมากขึ้น มีความภาคภูมิใจที่ทั้งตนเองและผู้สูงอายุไม่มีผู้ติดเชื้อโควิดในช่วงที่มีการระบาด

กิจกรรมที่ 4 การตรวจเยี่ยม ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หลังเสร็จสิ้นการอบรมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจเยี่ยมทางออนไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 10-30 นาที และการเยี่ยมบ้านตามแผนงานซึ่งอาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถเปิดช่องทางสื่อสาร คือ การใช้ช่องทางไลน์จากโทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย และทีมสุขภาพสามารถรายงานภาวะสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุได้ทั้งทางวาจาภาพถ่ายและถ่ายทอดสด อาสาสมัครประจำครอบครัว พูดคุยยิ้มแย้ม มีกำลังใจ ไม่มีความวิตกกังวลหรือท้อแท้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายสาธิตการดูแลให้ผู้วิจัยและทีมสุขภาพได้เห็น บางรายประสบ

เหตุการณ์ผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิด ดุด่า หลงลืม อาสาสมัครได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึก สามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุได้

2. ผลของการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

2.1 ข้อมูลกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ปรากฏว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83) อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 3 (ร้อยละ 30) มีช่วงอายุระหว่าง 52-64 ปี (ร้อยละ 23) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43) ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 50) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 57) เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 100) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) มีความรักใคร่กันเป็นอย่างดี (ร้อยละ 50) และมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบุตร/หลาน (ร้อยละ 77) โดยผู้สูงอายุเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ร้อยละ 33) และมีอาการเจ็บป่วยในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 63)

ในขณะที่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ปรากฏว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 3 (ร้อยละ 30) มีช่วงอายุระหว่าง 39-51 ปี (ร้อยละ 37) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 53) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 53) เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 53) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 37) มีความรักใคร่กันเป็นอย่างดี (ร้อยละ 47) และมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบุตร/หลาน (ร้อยละ 53) โดยผู้สูงอายุเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ร้อยละ 33) และมีอาการเจ็บป่วยในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 30)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบพฤติกรรมที่พึงประสงค์	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ความรู้							
ก่อนการทดลอง	30	11.67	3.57	ไม่ดี	29	9.87 ^{**}	.00
หลังการทดลอง	30	17.50	1.79	ดี			
ความสามารถ							
ก่อนการทดลอง	30	3.58	0.31	มาก	29	15.76 ^{**}	.00
หลังการทดลอง	30	4.51	0.07	มากที่สุด			
ทักษะในการดูแล							
ก่อนการทดลอง	30	1.52	0.38	ดี	29	2.66 ^{**}	.01
หลังการทดลอง	30	1.72	0.14	ดี			

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 11.67 และหลังได้รับการฝึกอบรมแล้วมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 17.50 พิจารณาคะแนนเฉลี่ยความสามารถก่อนได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 3.58 และหลังได้รับการฝึกอบรมแล้วมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถเท่ากับ 4.51 พิจารณาคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลก่อนได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 1.52 หลังได้รับการฝึกอบรมแล้วมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลเท่ากับ 1.72 และผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรม

ความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ก่อนการทดลอง)	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	30	11.67	3.57	ไม่ดี	58	0.77	.44
กลุ่มควบคุม	30	12.27	2.31	ไม่ดี	58		
ความสามารถ							
กลุ่มทดลอง	30	3.58	0.31	มาก	58	1.06	.29
กลุ่มควบคุม	30	3.49	0.34	มาก	58		
ทักษะในการดูแล							
กลุ่มทดลอง	30	1.52	0.38	ดี	58	1.60	.12
กลุ่มควบคุม	30	1.36	0.41	ดี	58		

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 11.67 และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม เท่ากับ 12.27 โดยผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการฝึกอบรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถของกลุ่ม

ทดลองก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 3.58 และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 3.49 และพบว่าก่อนได้รับการฝึกอบรมมีความสามารถไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.52 และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.36 พบว่าก่อนได้รับการฝึกอบรมมีทักษะในการดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (หลังการทดลอง)	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	30	17.50	1.79	ดี	58	8.29 ^{***}	.00
กลุ่มควบคุม	30	12.73	2.58	ไม่ดี	58		
ความสามารถ							
กลุ่มทดลอง	30	4.51	0.07	มากที่สุด	58	20.16 ^{***}	.00
กลุ่มควบคุม	30	3.60	0.23	มาก	58		
ทักษะในการดูแล							
กลุ่มทดลอง	30	1.72	0.14	ดี	58	7.96 ^{***}	.00
กลุ่มควบคุม	30	1.49	0.07	ดี	58		

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 17.50 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 12.73 และพบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถของกลุ่ม

ทดลองหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 4.51 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 3.60 และพบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.72

และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.49 พบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้กลุ่มทดลองมีทักษะในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลอง ปรากฏว่า มีความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มควบคุมก็มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมหลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครประจำครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กันเป็นอย่างดี สอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะเพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานภายในบ้าน และดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับบรรทัดฐานทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่คาดหวังให้เพศหญิงต้องทำหน้าที่ในการดูแล ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว^{13,14} นอกจากนี้อาสาสมัครประจำครอบครัวส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 39-64 ปี ถือว่าเป็นช่วงวัยกลางคน มีวุฒิภาวะสูง และยอมรับผิดชอบในการจัดการด้านต่าง ๆ ทั้งในชีวิตส่วนตัว การดูแลงานภายในบ้าน ดูแลครอบครัวตลอดจนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี¹⁵ แม้ว่าอาสาสมัครประจำครอบครัวจะสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตามหากแต่อาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถศึกษาหาความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มเติมและทักษะความสามารถ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีอีกด้วย กล่าวคือบุคคลสามารถอ่านออกเขียนได้ จะสามารถแสวงหาความรู้ พัฒนาทักษะ มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้มีความสามารถในการดูแลได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งหากมีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และสามารถให้การดูแลในการดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้นจนเกิดความชำนาญได้¹⁶ นอกจากนี้ ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (information and communication technology : ICT) ที่พัฒนาอย่างรวดเร็วนี้ จึงเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารขนาดใหญ่ที่สามารถค้นหาได้รวดเร็ว ทำให้

ทุกคนมีความรู้ในหลากหลายเรื่อง โดยเฉพาะการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและผู้สูงอายุ เป็นต้น สัมพันธ์กับที่อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยมาแล้วในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 63) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันจะมีความรักความผูกพันกัน ทำให้มีมุมมองด้านบวกในการดูแล มีความตั้งใจที่จะดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบแทนพระคุณบุญพาวรี และยังส่งผลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลให้ดีและมีคุณภาพยิ่งขึ้น^{15,17} ซึ่งถือได้ว่าเป็นแนวคิดสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ส่วนผลการศึกษาหลังการทดลองของอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลอง ปรากฏว่า มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมการฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีเนื้อหาและหัวข้อในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างจากโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม อีกทั้งยังมีกิจกรรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่างจากอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมจากโปรแกรมเดิม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura⁴ ที่กล่าวว่า การได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านตัวแบบหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ล้วนเป็นวิธีการในการเสริมสร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง¹⁸ สอดคล้องกับ Khalaila¹⁹ ที่ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดการแสดงออก ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จของผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงจุฬามาส ขุมทอง และวิทยา จันตุ²⁰ ได้นำแรงสนับสนุนทางสังคมมาศึกษากับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง พบว่า หลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวก่อนการทดลอง ปรากฏว่ามีความรู้ที่ยังไม่ตึกนัก แม้ว่าจะได้รับการอบรมการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวตามคู่มือของกระทรวงสาธารณสุขมาแล้วก็ตาม หรือที่อาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถหาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งจากช่องทางออฟไลน์สู่ออนไลน์ (offline to online)²¹ ตามความเข้าใจของตนเอง แต่หากการได้รับความรู้จากฝึกอบรมที่มีแบบแผนหรือมีวัตถุประสงค์ตามความต้องการ หรือเพิ่มเติมในส่วนขาดและมีเนื้อหาทันสมัย ทันสถานการณ์ก็จะช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความรู้เพิ่มมากขึ้น รวมถึงความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งในที่นี้หมายถึงความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ และที่สำคัญคืออาสาสมัครประจำครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้นจากการเข้าโปรแกรม²² ในขณะที่ คะแนนเฉลี่ยความสามารถและทักษะในการดูแลของอาสาสมัครประจำครอบครัวก่อนการทดลองอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่เมื่อได้รับการฝึกอบรมแล้วก็มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ สอดคล้องกับที่ Molassiotis and Wang²³ กล่าวว่า การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาและปรับปรุงภาระงาน มีความสุขในการปฏิบัติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย

โปรแกรมการฝึกอบรมนี้ มีหัวข้อเนื้อหาที่มุ่งให้ความรู้แบบวิถีใหม่อาจไม่ใช่เรื่องใหม่ในการสาธารณสุขของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แต่หากพิจารณาถึงผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะเรื้อรังที่ต้องรักษาตัว โดยมีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในบ้านรวมถึงผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวด้วยแล้ว ก็ต้องมั่นใจว่าผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ เพื่อสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สอดคล้องกับที่ปริญญภรณ์ ฐานะบุญปวง¹² ได้กล่าวว่าการดูแลสุขภาพภาวะในปัจจุบันควรต้องเปลี่ยนไปให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนในการแก้ปัญหา

สุขภาพ เช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ได้กลายเป็นโรคประจำถิ่น มีการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการบริการผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและชุมชนแล้ว อีกทั้งยังต้องส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และแกนนำชุมชนเพื่อให้ร่วมกันสร้างสุขภาวะดีแก่ผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไปในอนาคตด้วย

นอกจากนี้ การที่อาสาสมัครประจำครอบครัวได้รับการกิจกรรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยแล้วยิ่งส่งผลให้สามารถปฏิบัติตนและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)²³ เป็นการได้รับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ (peer support system) ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญและสามารถชักจูงบุคคลได้ง่าย ที่จะช่วยให้ผู้ได้รับการเสริมแรงประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มโอกาสให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเข้าถึงข้อมูลและได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์²⁴ ตลอดจนช่วยลดความเครียดและการปรับตัวของตนในการดูแลผู้สูงอายุด้วย²⁵ สอดคล้องกับที่ Puavilai and Stuijbergen²⁶ กล่าวว่าบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถช่วยสร้างบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมและประสบการณ์ด้วยการจัดให้มีกลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีและอาจมีผลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย สอดคล้องกับจามจุรี แซ่หลู่ และคณะ²⁴ กล่าวว่าเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุยังสามารถปรับตัวและรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง เพื่อพร้อมที่จะได้รับการดูแลและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขอยู่ที่บ้านและในชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้เห็นประสบการณ์ตรงจากผู้ที่มีประสบการณ์ ทำให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเกิดการเรียนรู้จากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขผ่านการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเองและเกิดพฤติกรรมการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแล
แบบวิถีใหม่ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมที่
พัฒนามีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะช่วยพัฒนาความรู้ ความ
สามารถ และทักษะในการดูแลสำหรับอาสาสมัครประจำ
ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถนำ
ไปขยายผลการใช้ให้เกิดประโยชน์กับในพื้นที่อื่น ๆ

2. บุคลากรทางด้านการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำ
ผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาและพัฒนา
โปรแกรมการฝึกอบรมในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร
ประจำครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไปได้ เช่น
การดูแลเรื่องสมุนไพรในผู้สูงอายุ การใช้แอลกอฮอล์กับ
ผู้สูงอายุ การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและมุมมองด้าน
บวกในการดูแลของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการฝึกอบรมไปศึกษากับกลุ่ม
ตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregivers) ผู้พิการ ผู้ป่วย
ติดเตียงที่ยังไม่สูงอายุ

2. ควรนำไปพัฒนาและทดลองใช้ร่วมกับการพัฒนา
สมรรถนะอื่น เช่นจากการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม
เปลี่ยนเป็นร่วมกับการเสริมแรงเชิงบวก หรือร่วมกับการ
สร้างความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient) ของอาสาสมัคร
ประจำครอบครัว เป็นต้น

References

1. Chobthamasakul S. Relationship between Health Literacy and Obesity Prevention Behavior of Undergraduate Students in Bangkok Metropolitan Region. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies*. 2019; 8(1): 116-23. (in Thai)
2. Uthai Thani Provincial Public Health Office. Annual Report of the Elderly 2021. Uthai Thani Provincial Public Health Office, Thailand; 2021. (in Thai)
3. Primary Health Care Division, Ministry of Public Health. Family Volunteer Handbook. Printing

- House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand, Thailand; 2016. (in Thai)
4. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W H Freeman and Company; 1997.
5. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med*. 1976; 38(5): 300-14.
6. Thanaboonpuang P. Health Care and Quality of Life for the Older Adults in Next Normal. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2022; 2(1): 86-96. (in Thai)
7. Wangpitpanit S, Panuthai S, Sucamvang K., Lasuka D, Jitapunkul S. Family Caregiver Capacity Building Program for Older People with Dependency in Thailand: A Randomized Controlled Trail. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2016; 20(1): 18-32.
8. Cherdsumtia V, Pichayapinyo P, Lagampan S. Capacity Building for Family Volunteers in Caring for the Dependency. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2021; 28(1): 33-44. (in Thai)
9. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Family Volunteer Manual. Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand, Thailand; 2016. (in Thai)
10. Pimpo B. Potential Development of Caregiver for the Elderly with Chronic Diseases in Phai Lom Community, Laplae District, Uttaradit Province. Master of Education. Health Promotion. Chiang Mai University. (in Thai)
11. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
12. Thanaboonpuang P. Health Care and Quality of Life for the Older Adults in Next Normal. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2022; 2(1): 86-96. (in Thai)
13. Thaithae et al. Factors Affecting Health Care Behaviors of the Elderly among Urban Community in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2021. 48(2): 393-406. (in Thai)

14. Yodphetch S, Sombat L, Choktanawanich P, Sakdaporn T. Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand. (Research report). Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, Thailand: 2009. (in Thai)
15. Phoomphit C, Panuthai S, Thamdee D. Care Ability, Positive Aspects of Caregiving and Quality of Care for Dependent Older Persons. *Nursing Journal*. 2021; 48(3): 226-36. (in Thai)
16. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of Practice*. Missouri: Mosby; 2001.
17. Trevisan dos Santos FG, Zulini A, Cardoso Bellini LC, de Cassia Nogueira Sanches R, da Silva Rêgo A, Oliveira Girardon-Perlini NM, Trindade Radovanovic CA. Factors associated with the skills of informal caregivers in home care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2022; 75(4): 1-7.
18. Sirited P, Thammaseeha N. Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(2): 58-65. (in Thai)
19. Khalaila R. Does emotional empathy moderate the association between caregiver burden and burnout among Arab family caregivers of older relatives?. *Health Soc Care Community*. 2022; 30(5): e2478-88.
20. Khumthong C, Juntu W. Effect of Health Education Program Applied Disease Prevention and Social Support Motivation on the Behavior of Prevention of Complications from Chronic NCDs in the Elderly with Chronic Non-communicable Diseases in the Area of Muang Surin District Surin Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021; 48(3): 226-36. (in Thai)
21. Jaranasampanno P. Development the Quality of life in New Normal Age. *Journal of MCU Development*. 2021; 6(3): 116-28. (in Thai)
22. Suanrueang P, Wannasri A, Srithamrongsawat S. Community Care by Caregivers to Dependent Elderly under the Community-Based Long-Term Care Policy. *Journal of Health Systems Research*. 2018; 12(3): 437-51. (in Thai)
23. Molassiotis A, Wang M. Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers. *Curr. Treat. Options in Oncol*. 2022; 23(4): 494-513.
24. Saeloo J, Kaewkrachok T, Samdaengsarn D. How Social Support and Health Literacy Influence Quality of Life of Elders in Mueang District of Nakhon Si Thammarat. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021; 8(2): 39-52. (in Thai)
25. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav*. 1982; 23: 145-9.
26. Pauvilai A, Stuifbergen AK. Life experiences relevant to life quality of Thai women with diabetes. *Thai Journal of Nursing Research*. 2000; 4(3): 248-64.