



The Effect of Empowerment Program on Perceived Empowerment in the Caregivers of the Frail Elderly by the Community Participation Process in Phetchaburi Province

Nathakon Nilnate^{1*} Suksiri Prasomsuk*,
Kantima Attakanna**, Ketsirit Chanmak**, Nutsadanun Thaplian**

(Received February 9, 2023, Revised: May 15 2023, Accepted: May 23, 2023)

Abstract

This quasi-study aimed to investigate the effect of the perceived empowerment program for caregivers who provide care for older individuals using the community participation process. The settings is using purposive sampling selecting two areas in Phetchaburi province. Through the utilization of purposive sampling, two distinct settings have been selected. The study involved 30 participants into two groups with matching based on gender, age, and caregiving experience at different times. The six-weeks program designed by Fleury is divided into three steps: 1) the readiness assessment in self-management to identify cognitive problems and family emotions, 2) the transformation process in goal-setting and alternative problem-assessment methods, and 3) the integration process into daily activity and the formulation of a new plan. All data were analyzed by descriptive statistics, and differences were compared by paired sample t-tests and independent t-tests.

As a result, the average score of the experimental group regarding the perceived empowerments, including the capabilities of physical, mental, and social, was low. Knowing and understanding abilities in managing illnesses and the perceived empowerment in the experimental group showed statistically significant differences with $p < .05$ at a high level compared to the previous program. Health professionals should utilize this research to plan an empowerment approach when enhancing caregivers' perceived empowerment to care for frail older people in other settings.

Keywords: empowerment program; caregivers of the frail elderly; community participation process

*Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi Province, Thailand

**Nong Phlap Health Promoting Hospital, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi Province, Thailand.

¹Corresponding author: best_nathakon@hotmail.co.th Tel: 065-9542553



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เปราะบางด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี

ณัฐกร นิลเนตร^{1*}สุศิริ ประสมสุข*,

กันทิมา อัดถกกาญจน์^{**}เกศศิริพันธ์ จันทร์มาก^{**}, ณัฐศดานันต์ ทับเปลี่ยน^{**},

(วันรับบทความ : 9 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ : 15 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ 15 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง โดยการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงในจังหวัดเพชรบุรีที่มีความต้องการในการแก้ไขปัญหาจำนวน ๒ แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ ๓๐ คน คัดเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับคู่ตามลักษณะของเพศ อายุและประสบการณ์ดูแลในเวลาที่แตกต่างกัน ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับแนวคิดของเฟลอร์รี ในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ประกอบด้วย ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะ ๑ ประเมินความพร้อมโดยการระบุปัญหาด้านการจัดการ ความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวที่มีต่อปัญหา ระยะ ๒ การเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนดเป้าหมาย การแสวงหาทางเลือกเพื่อที่แก้ไขปัญหา และระยะ ๓ การผสมผสานเข้าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่าง Paired Samples T-Test และ Independent T-Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังอำนาจในด้านการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ดี านร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การค้นพบครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่จะนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปวางแผนเพื่อเพิ่มศักยภาพการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี, ประเทศไทย

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลับ อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี, ประเทศไทย

1ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: best_nathakon@hotmail.co.th Tel: 065-9542553



บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีความต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Common Geriatric Syndrome: CGS) โดยเฉพาะในผู้ที่มีสภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอ (vulnerability) ในหลายระบบทั้งทางกาย จิต และสังคม อันเป็นสาเหตุหลักของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ (adverse outcomes) ทั้งการหกล้ม ภาวะโรค ภาวะทุพพลภาพและพิการถาวร คุณภาพชีวิตลดลง มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและเป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุมากที่สุด (Wibulpolprasert, 2011) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุเปราะบาง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความอ่อนแอทั้งทางกาย จิต และสังคม โดยวัดจากการประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดีถึงไม่ดีมาก จากภาวะช่วยเหลือตนเองถดถอย (functional decline) ร่วมกับโรคร่วม ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพา รวมถึงผู้ที่มีความพร่องทางเศรษฐกิจ สังคมปัจเจกบุคคล และบริบทชุมชนของผู้สูงอายุ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015) ผู้สูงอายุเปราะบางจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นความต้องการผู้ดูแลและทรัพยากรจึงเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้เปราะบางแต่ความสามารถในการจัดการของแต่ละครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อเจ็บป่วยจะแตกต่างกัน หากครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นประกอบกับสังคมมีแนวโน้มที่จะมุ่งไปที่การช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้น ประชาชนจะเริ่มมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองมากขึ้น การหารูปแบบในการทำให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงพลังอำนาจและศักยภาพของตนเองในการที่จะดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ย่อมจะทำให้ผู้ดูแลตระหนักในความสำคัญของการดูแล เกิดแรงจูงใจมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ และรู้สึกภูมิใจในความมีคุณค่าของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟอริ น่าจะเป็นวิธีที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ค้นพบและยอมรับสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่ สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และควรไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Fleury, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีพลังอำนาจในตนเอง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางเพิ่มขึ้นและยังพบว่าการจัดการกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ดูแลอีกทั้งยังส่งผลโดยตรงในการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่ามิงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดูแลผู้เปราะบางในปัจจุบันพบว่ามีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่มิงานวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลอื่นๆ ดังเช่น Sakanashi (2021) ได้กล่าวว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมสามารถสนองความต้องการ ความถนัดและความสามารถของผู้เรียนได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yimyam Namthip (2017) พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Prasomsuk et. al. (2021) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหากโปรแกรมเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินความต้องการ ระบบ



ปัญหาและออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ เกิดทักษะปฏิบัติและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในตนเองและผู้สูงอายุ (Nilnate et. al., 2022) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมพลังอำนาจ (Participation as Empowerment) ส่งผลต่อการพัฒนาความ ต้องการถ่ายโอนอำนาจจากผู้ให้สู่ผู้รับเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ยัง ช่วยให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป (Wongprom et. al., 2015) ผลจากการ ทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ว่า หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้มีพลังอำนาจในตนเอง และความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและยังพบว่าการจัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ดูแลอีกทั้งยังส่งผลโดยตรงในการ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง

ในจังหวัดเพชรบุรีเป็นเป้าหมายในการให้บริการวิชาการเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เปราะบางพบว่าในปี พ.ศ. 2560 พบมีการป่วยด้วยโรคเปราะบางไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32,042 คน หรือร้อยละ 43.49 โรคเบาหวาน จำนวน 12,876 คน หรือ ร้อยละ 19.40 โรคหัวใจและ หลอดเลือด จำนวน 1,155 คน หรือ ร้อยละ 1.57 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 746 คน หรือร้อยละ 1.01 (Phetchaburi Provincial Health Office, 2021) จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมที่สามารถตอบสนองความต้องการ ความถนัด และความสามารถของผู้เรียน ได้อย่างแท้จริง และเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพิ่มประสิทธิภาพในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจนี้ไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

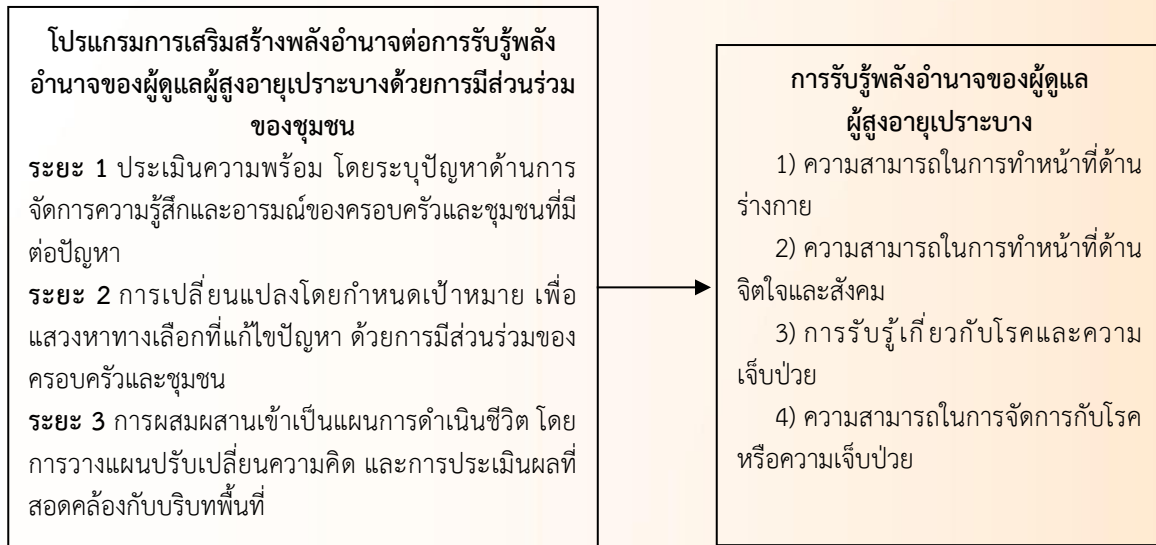
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เปราะบางด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม โรคหรือความเจ็บป่วย และ การจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วย หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม โรคหรือความเจ็บป่วยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟอริ (Fleury, 1991) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ 1 ประเมินความพร้อม โดยระบุปัญหาด้านการจัดการความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวและ ชุมชนที่มีต่อปัญหา ระยะ 2 การเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อแสวงหาทางเลือกที่แก้ไขปัญหา ด้วยการมี ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และระยะ 3 การผสมผสานเข้าเป็นแผนการดำเนินชีวิต โดยการวางแผน ปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่งกำหนดกรอบวิจัยตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) แบบ Pre-post-test Control Group Design (Srisathitnarakun, 2010)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งผู้สูงอายุเปราะบาง ประกอบด้วย บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความอ่อนแอทั้งทางกายจิตและสังคม โดยวัดจากการประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดีถึงไม่ดีมาก จากภาวะช่วยเหลือตนเองถดถอย (Functional decline) ร่วมกับมีภาวะทุพพลภาพ หรือมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งผู้สูงอายุเปราะบาง โดยการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ความต้องการในการแก้ไขปัญหาของ 2 พื้นที่ ได้แก่ ตำบลนาพันสามและตำบลหนองพลับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่มีคุณสมบัติตามลักษณะ

เกณฑ์คัดเข้า

- 1.ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
- 2.เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเปราะบางที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเครือญาติ และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุเปราะบาง
- 3.สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์คัดออก

- 1.มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการงานและเก็บข้อมูลวิจัยด้วยโปรแกรม



เสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury (1991) ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ขั้นตอนในระยะเวลา 6 สัปดาห์ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความพร้อม โดยระบุปัญหาด้านการจัดการความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวและชุมชนที่มีต่อปัญหา (สัปดาห์ที่ 1) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเองของคณะผู้วิจัย ชักถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว การเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางต่อครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางทำความเข้าใจกับตนเองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตของตนเองที่เป็นอยู่ โดยโน้มน้าวให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อแสวงหาทางเลือกที่แก้ไขปัญหา ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (สัปดาห์ที่ 2-3) โดยวิธีการ

1) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการประเมินสภาพปัญหาในสถานการณ์จริง ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่แลกเปลี่ยนให้ข้อเสนอแนะแนววิธีการต่างๆ เพื่อแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทต่อแก้ไขปัญหา โดยค้นหาการตอบสนองต่อสุขภาพด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ตอบสนองภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาในสัมพันธภาพระหว่างตนเอง ครอบครัวและบุคคลในชุมชน โดยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา รวมทั้งประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคลด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2) สร้างเสริมพลังอำนาจในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุเปราะบางด้วยการสะท้อนความคิด และการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ความเป็นจริงและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยกระบวนการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นแผนการดำเนินชีวิต โดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (สัปดาห์ที่ 4-6) โดยวิธีการ ดังนี้

1) ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ ประกอบด้วยประเด็นหลักๆ ได้แก่ การป้องกันโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง เป็นต้น การประเมินอาการเจ็บป่วยและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม ทักษะการสื่อสารสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่มแล้วให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้น ๆ

2) ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหา โดยการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจต่อการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา

3) เสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตเป็นการสร้างเสริมความมั่นใจในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ



1. ข้อมูลด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง

2. แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ดังนี้

2.1) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

2.2) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

2.3) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

2.4) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วย โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในแต่ละด้านตามแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของ Jantiya M. (2011) ซึ่งลักษณะของคำตอบมี 5 ระดับคะแนน คือ ไม่มีเลยให้คะแนน 0 น้อยให้คะแนน 1 ปานกลางให้คะแนน 2 มากให้คะแนน 3 และมากที่สุดให้คะแนน 4 โดยแปลผลตามค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ (ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ น้อยกว่าร้อยละ 50) การรับรู้พลังอำนาจในตนเองปานกลาง (ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ร้อยละ 50-80) และการรับรู้พลังอำนาจในตนเองสูง (ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ มากกว่าร้อยละ 80)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านผู้สูงอายุ วัดและประเมินผล การพยาบาลและการสาธารณสุข จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งมีค่าโดยรวม เท่ากับ 0.86 และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างตำบลบ้านหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง และสถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (COA No. 012/2563) ก่อนการดำเนินโครงการคณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอน กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดกิจกรรมพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจโดย



การลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่
มีผลใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ในส่วนการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่ออาสาสมัคร ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย
จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย
ละ 90.00 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 93.33 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ร้อยละ 36.67
ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด
ประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.00 กลุ่ม
ทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.67 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง
อิสระ/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.67 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมูลกายปกติ (18.5-22.90) ร้อยละ 30.00 และ
กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมูลกายปกติ (18.5-22.99) ร้อยละ 70.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.33 และ ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง 1-5 ปี ร้อยละ 46.44 (ค่าเฉลี่ย
4.34 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.662) และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเปราะบาง 1-5 ปี
คิดเป็นร้อยละ 53.33 (Mean=4.78, S.D.=2.821)

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง โดยภาพรวม (n=30)

2.1 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางใน
ภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 55.34 เป็น 78.42 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำ
หน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความ
เจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วย มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในด้านต่างๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลอง (n=30)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย				
ก่อนทดลอง	14.23	2.11	4.03	.024*
หลังทดลอง	18.26	3.64		
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม				
ก่อนทดลอง	15.87	3.70	5.33	<.001**
หลังทดลอง	21.20	4.21		



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในด้านต่างๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=30) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย				
ก่อนทดลอง	11.61	2.94	6.15	<.001**
หลังทดลอง	17.76	4.57		
4. ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย				
ก่อนทดลอง	14.12	2.83	3.80	.004*
หลังทดลอง	17.92	4.07		
5. ภาพรวม				
ก่อนทดลอง	55.34	10.78	23.08	.002*
หลังทดลอง	78.42	12.90		

*p-value<.05, **p-value<.001

2.2 คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย				
กลุ่มทดลอง	18.26	3.64	3.04	.022*
กลุ่มควบคุม	15.22	2.34		
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม				
กลุ่มทดลอง	21.20	4.21	4.47	<.001**
กลุ่มควบคุม	16.43	2.46		
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย				
กลุ่มทดลอง	17.76	4.57	4.53	.003*
กลุ่มควบคุม	13.23	2.74		



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
เปราะบางหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
4. ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย				
กลุ่มทดลอง	17.92	4.07	3.71	.042*
กลุ่มควบคุม	14.22	2.69		
5. ภาพรวม				
กลุ่มทดลอง	78.42	12.90	25.67	.004**
กลุ่มควบคุม	52.76	8.45		

*p-value<.05, **p-value<.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งผล
ทำให้เพิ่มระดับพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดของ Fleury
(1991) และ Anderson et al (1995) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะประเมินความพร้อม โดยการระบุ
ปัญหาในด้านการจัดการความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวที่มีต่อปัญหา 2) การเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนด
เป้าหมาย การแสวงหาทางเลือกเพื่อที่แก้ไขปัญหโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 3) การผสมผสาน
เข้าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินผลโดยที่ผู้ดูแลและ
ครอบครัวจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรมและบทบาทของเจ้าหน้าที่จะปรับเปลี่ยนจากผู้เชี่ยวชาญมา
เป็น “ผู้สนับสนุน” ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเปราะบางนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากคนใน
ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลมีความสำคัญที่สุดสำหรับ
กลุ่มเปราะบางที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อยู่บนพื้นฐานของการเคารพในบทบาท
ของครอบครัว ให้ครอบครัวมีการทำงานร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือตาม
ศักยภาพ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตตามปกติ (Yotsurin, Tancharoen, Rajchawail ,
2020) การวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำ
ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน กลุ่มคนวัยอื่น ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่ร่วมเสนอแนะ
ต้องการ ระบุปัญหา และออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับในความคิดเห็น สามารถคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ดี รู้สึกมี
คุณค่าในตนเองและรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางนี้มีพฤติกรรมดูแล
สุขภาพดีขึ้นต่อไป

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความสามารถ
ด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ความสามารถด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ด้านการ
รับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับความเชื่อมั่นน้อยกว่า .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Yimyam (2017) ที่พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมี
ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้พลังอำนาจตนเองและพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความ



ต้นโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Prasomsuk. et. al. (2021) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Naewbood (2017) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว รายด้านและโดยรวมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลองคะแนนรวมด้านพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีการให้ผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกระทำปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง การที่ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุเปราะบางด้วยตนเองได้ จึงทำให้ตนเองมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นเป็นความรู้สึกรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Junsukon (2015) และที่พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yimyan et al. (2017) พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Bumrunghon et al. (2014) ที่พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับที่พบว่า การรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชน หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.26$, $p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าการดำเนินการสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลและปัญหาในการดูแลเพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของครอบครัว และการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจเลือกทางออกช่วยสร้างสัมพันธ์ทางอันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้จากการร่วมกันคิดร่วมกันตัดสินใจหาทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนควรให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการในการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง และส่งเสริมกิจกรรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะทุก 6 เดือน เนื่องจากการรับรู้จากการจัดโปรแกรมจะหายไปในระยะเวลา 3-6 เดือนหากไม่มีการกระตุ้นหรือติดตามให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

1.2) ครอบครัวและชุมชนผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางควรจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และร่วมสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่ต้น จากการวิจัยในครั้งนี้และหลาย ๆ งานวิจัยที่ศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ต้นจะเกิดผลในด้านบวกกับสุขภาพผู้สูงอายุเปราะบาง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีพัฒนาต่อยอดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่บ้าน หลังการทดลอง 12 เดือน ขึ้นไป และหาวิธีการควบคุมปัจจัยรบกวนเพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีความเชื่อถือและขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้



เอกสารอ้างอิง

- Anderson, R.M., Funnel, M.M., Dedrick, R.F. and David, W.K. (1991). Learning to empower patients results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*. 14(7), 584-590.
- Bumrungchon, N., Rattanapiroj, P., & Prada, J. (2014). The development of empowerment program for caregivers of persons with developmental and intellectual disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 125-140. (in Thai)
- Fleury, J.D. (1991). Empowering potential: A theory of wellness motivation. *Nursing Research*, 40(5), 286-291.
- Jantiya M. (2011). Effects of an Empowerment Program Using Applied Pulmonary Rehabilitation on Health Behaviors of Patients Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing Science*. 29(2), 8-14.
- Junsukon, E., & Kongpracha, A. (2017). The effectiveness of an empowerment the program of self-care competency among community- dwelling elders. *PSRU Journal of Science and Technology*. 2(1): 24-34. (in Thai).
- Ministry of Social Development and Human Security. (2015). *Social statics document*. Bangkok: Information and Communication Technology Center. Retrieved 10 October 2019 from: <https://www.m-society.go.th>. (in Thai).
- Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS). 2006 Survey of Vulnerability of Thai Elderly. Retrieved 24 May 2022 from <http://www.m-society.go.th/main.php?filename=index>. (In Thai).
- Naewbood, S. (2017). The effects of empowerment program on family caregiver's self-care ability. *Journal of Nursing and Education*. 8(4): 30-40. (in Thai).
- Nilnate, N., Prasomsuk, S., and kerdnu K. (2022). The Curriculum Development for Enhancing the Elderly Caregivers' Competencies of Non-communicable Diseases with Community Participation in Phetchaburi Province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 29(3): 27-37 (in Thai)
- Phetchaburi Provincial Health Office. (2021). Report of health statistics in Phetchaburi. Phetchaburi: Phetchaburi Provincial Health Office. (in Thai).
- Prasomsuk, S., Nilnate, N., Chairum, P., & Chammana, M. (2020). The effect of an empowerment program on competency development among the elderly with non-chronically disease elderly in Rai-Saton sub-district, Phetchaburi Province. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*. 10(3): 4-15. (in Thai).



- Sakanashi, S., Fujita., K., & Konno, R. (2021). Components of Empowerment Among Family Caregivers of Community-Dwelling People with Dementia in Japan: A Qualitative Research Study. *Journal of Nursing Research*. 29(3): 155-162.
- Srisathitnarakun, B. (2010). *Methodology research in nursing*. Bangkok: United Nations Intermedia. (in Thai)
- Wibulpolprasert, S. editor. (2011). *Thailand health profile 2008-2010*. Bangkok: veterans's organization. (in Thai).
- Wongprom J., Jongwutiwes K., Prasertsuk N., and Jongwutiwes N. (2015). *Veridian E-Journal, Silpakorn University*. 8(3): 41-54. (in Thai).
- Yimyam N., & Rodjarkpai, Y. (2017). Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. *Journal of the office of DPT 7 Khon Kaen*, 24(2): 46-58. (in Thai).
- Yotsurin P., Tancharoen P., Rajchawail N. (2020). Family-Centered Care: Transforming Knowledge to Practice for Preparing Caregivers of Stroke. *Patients Journal of Health Sciences Scholarship*. 7(1): 131-141 (in Thai).