e268040

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน
Development of Bed Bound Elder's Caregiver Empowerment Model in Community

ประภาพร เมืองแก้ว (Prapaporn Muangkaew) [1*]
เจษฎากร โนอินทร์ (Jesadakorn Noin) [2]
วรพล แวงนอก (Worraphol Waengnork) [3]
ทินกร บัวชู (Thinakorn Buachu) [4]

Corresponding author E-mail: prapaporn.m@psru.ac.th*
(Received: December 29, 2023; Revised: May 25, 2024; Accepted: June 10, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน พื้นที่ศึกษาคือตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในตำบลพลายชุมพล จำนวน 44 คน เลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นคำถามในการประชุมกลุ่มวิพากษ์รูปแบบฯ แนวทางการสนทนากลุ่มประเด็นความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบทีแบบจับคู่และการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยภายหลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ และผลต่อสุขภาพและบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยมีค่าคะแนนการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบฯ มี 3 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่า ความศรัทธาและความหวัง และมีกระบวนการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความพร้อมของตนเอง 2) การเปลี่ยนแปลงตนเอง 3) การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต

1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University
2 คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
Faculty of Science Technology, Pibulsongkram Rajabhat University
3 คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
Faculty of Science Technology, Rajabhat Rajanagarindra University
4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยผู้อำนวยการ พยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและเครือข่ายชุมชน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุควรร่วมกันกำหนดเป็นนโยบายและขับเคลื่อนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ, การเสริมพลังอำนาจ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ABSTRACT

This research and development aimed to develop a model for empowering caregivers of bed bound elders in the community. The study area was Phlai Chumphon Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province. The group of information providers was Stakeholders in Phlai Chumphon Subdistrict, 41 people, selected specific qualifications. The tools used to collect data were questionnaires, group discussion guidelines, in-depth interview guidelines, issues of questions in the format of a review group meeting, discussion guidelines for model satisfaction and health effects and their application. Frequency, percentage, mean, standard deviation, pair t-test, and thematic analysis were used to analyze the data.

The research results found that the model is efficient and effective, after using the model, groups of stakeholders are satisfied with the model. Elderly caregivers are also satisfied with the model and its effects on their health and their role as caregivers for the bed bound elderly group. The scores for perceptions of empowerment, knowledge, attitudes, and practices in caring for the bed bound elderly group were obtained before and after the trial of the model. They are significantly different at the .05 level. The model has 3 components: social support, Appreciation faith, and hope. There is a process of empowering caregivers in 3 steps: 1) self-assessing readiness 2) self-changing 3) Integrating a normal way of life.

Suggestions for Subdistrict Health Promoting Hospital by the Director Professional nurses, health teams, local government organizations communities, and community networks agencies related to the elderly should jointly formulate policies and drive the implementation of the model. to be continuously used in the area to build the capacity of caregivers to continue caring for the bed bound elderly group.

Keywords: Model, Empowerment, Bed bound elders 'caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกและประเทศไทยกำลังเข้าสู่สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ (Aged society) ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 22 และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) (Office of the National Economics and Social Development Council, 2019) คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (completed aged society) ใน พ.ศ. 2566 จะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super aged society) ใน พ.ศ. 2576 และในปี พ.ศ 2571 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกิน 60 ปี เกือบเท่ากับ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่พบเป็นปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้องรังส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 1.5 ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ต้องการคนดูแลอย่างต่อเนื่อง (Kumsuchart, 2017) จึงเป็นภาระหลักต่อครอบครัวที่ต้องดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุสอดคล้องกับข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ รายงานจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elderly group) ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึงร้อยละ 1.5 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ต้องการบริการด้านฟื้นฟูสภาพและการดูแลประคับประคองทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่างท้องถิ่นในพื้นที่และอาจเกิดช่องว่างในการดูแล ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของระบบการดูแลสุขภาพในภาพรวม (Department of Older Persons, Department of Older Persons Ministry of Social Development and Human Security, 2019; Wangji & Sangsuwan, 2022; Kempakon, Chenphanitsub & Kleekorn , 2022)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elders’ caregiver) ได้รับผลกระทบอย่างมาก ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยมีผู้ดูแลหลัก 1 คน รับภาระหนักเป็นหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล ต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองใหม่เพื่ออุทิศเวลาให้กับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านสุขภาพจิตและทางกาย เช่น ปัญหาความเครียดสูง ปัญหาสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น อาการปวดเมื่อยล้า ปวดหลัง พักผ่อนน้อย ผ่อนคลายความเครียดนอกบ้านน้อย และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Chandoevwit & Vajragupta, 2017; Fongkerd, Klungtumneum, Natetanasombat, 2019; Kantawit & Watchara, 2022) สอดคล้องกับผลการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ระยะที่ 3 พบว่าผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละครอบครัวด้านลบมากกว่าด้านบวก (College of Population Studies, Chulalongkorn University and the Department of older persons, Ministry of Social Development and Human security, 2017) ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูง มีความเหนื่อยล้าในระดับสูงจากการดูแล และความเครียดทางจิตใจหรืออารมณ์ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลในระดับสูง จะรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวเมื่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสะสมเป็นระยะเวลานานขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป ภาวะนี้เรียกว่า ภาวะหมดไฟ (caregiver burnout)

ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยที่ผู้ดูแลไม่รู้ตัวจนอาจทำให้ผู้ดูแลละทิ้งผู้ป่วยได้ (Taweenut ,2022) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดเตียงแต่ปัญหาและรูปแบบการเสริมพลังผู้ดูแลกลุ่มสูงอายุติดเตียงยังมีการศึกษาน้อยและมีการทำความเข้าใจในบริบทที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรทางสุขภาพให้การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงยังไม่ตรงตามความต้องการ (Fongkerd, Klungtumneum & Natetanasombat ,2019) ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการหารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลให้มีศักยภาพพร้อมให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้อย่างมีคุณภาพ

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) จะทำให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเหล่านั้นมีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ มีความรับผิดชอบ มีอำนาจในตนเอง และตระหนักถึงภาระหน้าที่ ดังแนวคิดการเสริมเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Fleury (1991) เน้นการสร้างให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลให้บุคคลมีพลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมผลลัพธ์ในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยใช้พลังขับเคลื่อนใน 2 องค์ประกอบ คือ การสร้างมโนภาพของบุคคลและโครงสร้างระบบสนับสนุน กล่าวคือเน้นกระบวนการสร้างให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ คิดวิเคราะห์ หาเหตุผล ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดผลที่พึงประสงค์ โดยมีกระบวนการทางสังคมคอยประคับประคองช่วยเหลือสนับสนุนกระตุ้นและจูงใจให้เกิดพลังอำนาจในตนเองจนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่ต้องการได้ แล้วคงพฤติกรรมนั้นไว้ต่อไปในวิถีชีวิตปกติของตนเอง หากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการเสริมพลังอำนาจจะมีศักยภาพในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากขึ้นส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแลที่เหมาะสม

สำหรับแนวคิดเรื่องบทบาทการดูแลผู้ป่วยของ Watson (1988) ในทฤษฎีการดูแล (Watson's Caring Theory) ได้เน้นการดูแลอันเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแลภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ ที่ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจอย่างไม่แยกออกจากกัน จนผู้ให้การดูแลสัมผัสถึงพลังแห่งการดูแล อันเป็นความรู้สึกตระหนักถึงการดูแลว่าได้เกิดขึ้นและส่งให้เกิดความรักความเข้าใจผู้อื่น เกิดสัมพันธภาพที่นำไปสู่การฟื้นหาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า หากผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ผดส.) ได้รับการเสริมพลังอำนาจให้มีบทบาทในการดูแลตามทฤษฎีการดูแลของวัตสันที่เน้นการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ก็จะทำให้เกิดศักยภาพของการดูแลที่มีคุณภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล

จังหวัดพิษณุโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.5 ใน ปี พ.ศ. 2563 และมีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 561 คน ร้อยละ .62 ของประชากรสูงอายุ และตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.9 มีผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 26 คน ร้อยละ 2.60 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2020) อีกทั้งพบสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานเนื่องจากผู้ดูแลพร่องความรู้ในการดูแลและบางรายไม่มีผู้ดูแล ทีมสุขภาพและชุมชนต้องช่วยกันดูแล รวมถึงปัญหาความเครียดของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับภาระโดยตรงทั้งการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนการลดบทบาททางสังคมเพื่อดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียง ประกอบกับบริบทพื้นที่เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีค่าครองชีพสูง บุคคลในชุมชนจึงมุ่งทำมาหากินสร้างรายได้ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนลดลง (Phlai Chumphol sub-district health promoting

hospital, 2020) อันจะนำสู่ปัญหาผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงตามลำพังและมีความเครียดสะสมจนเกิดความท้อถอยในการดำรงบทบาทตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ตำบลพลายชุมพล โดยนำข้อมูลจากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Fleury, 1991) และทฤษฎีการดูแลของ Watson (1988) เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ศักยภาพของผู้ดูแล สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในเขตเทศบาลตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดย

3.1 ประเมินศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

3.2 ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและตัวแทนเครือข่ายชุมชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายหลังการใช้รูปแบบฯ

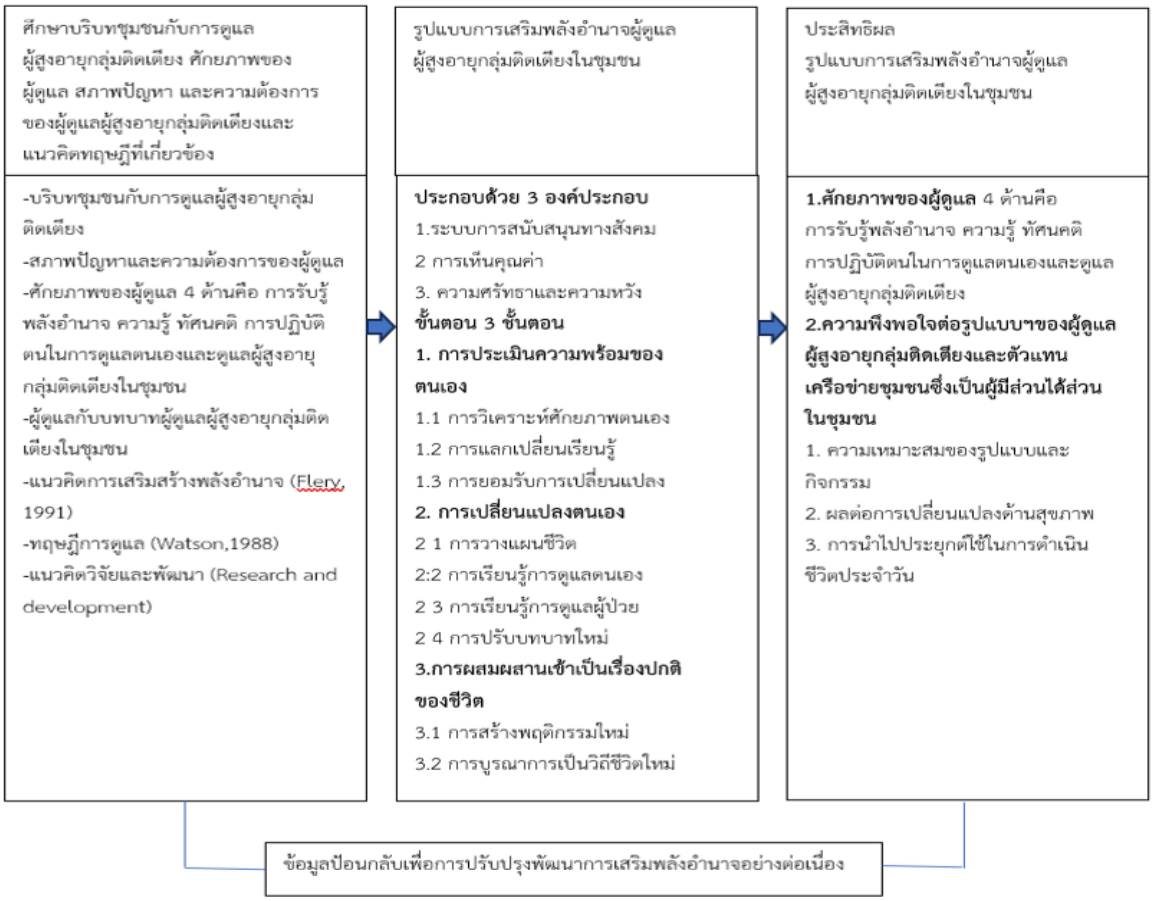
สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงให้มีสมรรถนะในการควบคุมผลลัพธ์ในการดำเนินชีวิตในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้ ต้องมีกระบวนการเสริมพลังให้เกิดการคิดวิเคราะห์จากภายในตนและตัดสินใจแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามบทบาทของตนและดำรงบทบาทต่อไป ประกอบด้วย ขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจ 3 ขั้นตอน คือ การประเมินความพร้อมของตนเอง การเปลี่ยนแปลงตนเอง การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต และองค์ประกอบสำคัญ คือ ระบบการสนับสนุนทางสังคม (Fleury, 1991) รวมถึงการให้คุณค่าและความศรัทธาและความหวัง ซึ่งเป็นการให้คุณค่าตนเองและงานที่ทำด้วยรักและศรัทธาในบทบาทของตน (Watson,1988) การได้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบุคลกลุ่มนี้จึงส่งผลให้เกิดศักยภาพในการเป็นผู้ดูแลทั้งด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง มีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นำข้อมูลจากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Fleury, 1991) และทฤษฎีการดูแลของ Watson (1988)

เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน เขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และใช้แบบสอบถาม(Questionnaires) รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม 2563 -พฤษภาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในตำบลพลายชุมพล ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน จำนวน 356 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล (รพ.สต.พลายชุมพล) ผู้รับผิดชอบและเกี่ยวข้องงานด้านผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลพลายชุมพล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ที่ผ่านการ

อบรม) ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ผดส.) จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พระสงฆ์ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชนและการสร้างเครื่องมือเชิงคุณภาพ โดยสร้างเครื่องมือวิจัยขึ้น 7 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ข้อมูลการรับรู้การเสริมพลังอำนาจในการดูแล ข้อมูลด้านความรู้ในการดูแล ข้อมูลด้านทัศนคติต่อการดูแล และการปฏิบัติในการดูแล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของเฟลอรี่ (Flury,1991) ในการสร้างข้อคำถามในส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมบุคคลในการปฏิบัติตามบทบทผู้ดูแลด้านความรู้ ทัศนติ และการปฏิบัติ

เครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการศึกษาบริบทชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ศักยภาพของผู้ดูแล สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยกำหนดแนวข้อคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ข้อคำถามมีความยืดหยุ่นและเปิดกว้าง ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นและทรรศนะได้หลากหลายทุกแง่มุม

เครื่องมือชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านสุขภาพ ด้านความรู้ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กำหนดข้อคำถามที่มีลักษณะเปิดกว้าง มีความยืดหยุ่นและมีการนำคำสำคัญ (Key word) มาใช้ประกอบในการชี้นำในกระบวนการสัมภาษณ์ สามารถปรับเปลี่ยนถ้อยคำให้มีความสอดคล้องกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละคนได้ตามสถานการณ์ได้ตลอดเวลา ผู้ให้สัมภาษณ์สามารถแสดงความคิดเห็นและทรรศนะได้หลากหลายทุกแง่มุม

เครื่องมือชุดที่ 4 ประเด็นคำถามในการประชุมกลุ่มเพื่อวิพากษ์และพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ โดยกำหนดแนวข้อคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ข้อคำถามมีความยืดหยุ่นและเปิดกว้าง ให้ผู้ร่วมประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็นและทรรศนะได้หลากหลายทุกแง่มุม

เครื่องมือชุดที่ 5 ร่างรูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน

เครื่องมือชุดที่ 6 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยกำหนดแนวข้อคำถามแบบปลายเปิดเพื่อให้ข้อคำถามมีความยืดหยุ่นและเปิดกว้าง ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นและทรรศนะได้หลากหลายทุกแง่มุม

เครื่องมือชุดที่ 7 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบและผลต่อสุขภาพและบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยกำหนดแนวข้อคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ข้อคำถามมีความยืดหยุ่นและเปิดกว้าง ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นและทรรศนะได้หลากหลายทุกแง่มุม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา โดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า .60-1 ขึ้นไป และการหาค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย

ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพชุดที่ 2-7 จะใช้ทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 –10 คน ส่วนเครื่องมือชุดที่ 1 ใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ได้เกณฑ์สัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) .81 สำหรับส่วนที่ 2 ของเครื่องมือชุดที่1 ทดสอบด้วยสูตร KR-20 ได้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ที่ .65

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

สำหรับการใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ ชุดที่2-7 คณะผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบสามเส้า (triangulation) (Jantavanich, 2009) โดยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ใช้วิธีการสนทนากลุ่มร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการใช้แบบสอบถาม พร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบ และใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลและเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะที่ 1

1. กลุ่มตัวอย่างในการใช้เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแล คือผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ผดส.) จำนวน 15 คน

2. ผู้ให้ข้อมูลในเครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการศึกษาบริบทชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ศักยภาพของผู้ดูแล สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 21 คน เลือกแบบเจาะจง คุณสมบัติคือเป็นผู้มีคุณลักษณะให้ข้อมูลได้ ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามระดับบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล และยินดีให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต.พลายชุมพล (ผอ.รพ.สต.พลายชุมพล) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 1 คน กำนัน นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประธานชมรมผู้สูงอายุ เลขาชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมจิตอาสา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมและเป็น อสม. 4 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เจ้าอาวาสวัดวังหิน และผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 7 คน

3. ผู้ให้ข้อมูลเครื่องมือชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านสุขภาพด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คือผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลและเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะที่ 2

1. ผู้ให้ข้อมูลเครื่องมือชุดที่ 4 ประเด็นคำถามในการประชุมกลุ่มเพื่อวิพากษ์และพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ และเครื่องมือชุดที่ 5 ร่างรูปแบบฯ คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงของชุมชน จำนวน 21 คน เลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติคือเป็นผู้มีคุณลักษณะให้ข้อมูลได้ ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามระดับบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลและยินดีให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผอ.รพ.สต.พลายชุมพล พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 1 คน กำนัน นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประธานชมรมผู้สูงอายุ เลขาชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมจิตอาสา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมและเป็น อสม. 4 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เจ้าอาวาสวัดวังหิน และ ผดส. 7 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลและเครื่องมือวิจัยในระยะที่ 3

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นทดสอบประสิทธิผลรูปแบบ ได้แก่ ผดส.จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติคือเป็นผู้มีคุณลักษณะให้ข้อมูลได้ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี สื่อสารภาษาไทยได้และยินดีให้ข้อมูล

2. กลุ่มตัวอย่างในการใช้เครื่องมือชุดที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลภายหลังเสร็จสิ้นการใช้รูปแบบฯ คือ ผดส. ที่เข้าร่วมโครงการแล้วจำนวน 15 คน

3. ผู้ให้ข้อมูลเครื่องมือชุดที่ 6 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงของชุมชนจำนวน 21 คน เลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติคือเป็นผู้มีคุณลักษณะให้ข้อมูลได้ ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามระดับบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลและยินดีให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผอ.รพ.สต.พลายชุมพล พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 1 คน กำนัน นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประธานชมรมผู้สูงอายุ เลขาชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมจิตอาสา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมและเป็น อสม.4 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เจ้าอาวาสวัดวังหิน และผดส. 7 คน

4. ผู้ให้ข้อมูลเครื่องมือชุดที่ 7 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ และผลต่อสุขภาพและบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ได้แก่ ผดส.ที่เข้าร่วมโครงการแล้วจำนวน 8 คน

<u>การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง</u>

โครงการวิจัยได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยหมายเลข UPHO REC No 043/2020 ลงวันที่ 4 กันยายน 2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

<u>วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล</u>

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ศักยภาพของผู้ดูแล สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน โดยใช้ข้อค้นพบในระยะที่ 1 เป็นฐานการพัฒนาและประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ (Fleury, 1991) และทฤษฎีการดูแลของWatson (1988) เพื่อให้ได้ร่างโมเดลต้นแบบ

2. นำโมเดลต้นแบบที่ได้นำเสนอในเวทีเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมวิพากษ์ และพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสม

3. นำโมเดลต้นแบบที่ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและวิพากษ์รูปแบบฯ และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ที่สุด

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

1. นำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล จำนวน 15 คน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ1 วัน

2. ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ โดย

2.1 ประเมินศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

2.2 ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและตัวแทนเครือข่ายชุมชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายหลังการใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแก่นสาระ (Thematic analysis) (Guest, MacQueen & Namey, 2011)

ผลการวิจัย

1. บริบทชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ศักยภาพของผู้ดูแล สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในเขตเทศบาลตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มพบว่า ตำบลพลายชุมพลเป็นชุมชนเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท ความสัมพันธ์คนในชุมชนห่างเหินกันไปบ้าง มีความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีการเสริมพลังให้ผู้ดูแลเกิดศักยภาพในการเป็นผู้ดูแลโดยวัดร่วมกับ รพ.สต.พลายชุมพล แกนนำชุมชน จิตอาสา เครือข่ายชุมชน รวมตัวกันเยี่ยมมอบของอุปโภคบริโภคที่จำเป็นและให้กำลังใจทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผดส. และครอบครัว สำหรับศักยภาพของ ผดส. แกนนำชุมชนและเครือข่ายชุมชนมีความเห็นสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผดส. ว่า ผดส. มีแนวโน้มความสามารถในการดูแลลดลงจากการต้องรับภาระดูแลตลอดวันต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้เกิดปัญหาความเหนื่อยล้า เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล กระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงลดลง ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม และต้องการการสนับสนุนจาก รพ.สต.และชุมชนในด้านวัสดุครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ยา การเยี่ยมติดตามเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เนื่องจากกลุ่มนี้มีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามระยะเวลาการป่วยติดเตียง นอกจากนี้ยังต้องการการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพให้คงความแข็งแรงเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ดังผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า *“ชาวบ้านเราแม้จะมีความเจริญขึ้น แต่ด้วยความเป็นเครือญาติกันบ้านเหนือบ้านใต้ก็ยังมีสัมพันธ์กันอยู่ แต่ก็ไม่แน่นแฟ้นเหมือนเมื่อก่อน ... ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงนั่นน่ะ ทางคณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. เทศบาล พระที่วัด หมออนามัยก็ร่วมปรึกษาหารือออกเยี่ยมบ้านดูแลกันอยู่ ... มอบข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็น...”* และผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งกล่าวว่า *“มันก็เหนื่อยในการดูแลล่ะนะ เพราะเขาติดเตียงทำอะไรเองไม่ได้... เนี่ย 10 ปีแล้ว ก็ไม่มีอารมณ์อยากจะไปไหน... หาคนช่วยดูแลเปลี่ยนก็ยาก ... ไอ้เราก็มีโรคประจำตัว เดี๋ยวนี้ก็รู้สึกไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน ปวดเมื่อย*

ก็เต็มที่ล่ะ ก็ซื้อยากินเองตามมีตามเกิด... ก็อยากได้พวกแพมเพิส สำลี ของใช้คนป่วย อยากให้หมอมาเยี่ยมบ่อย ๆ อยากมีคนมาเปลี่ยนดูแลบ้าง..."

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สรุปผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน ได้ข้อสรุปเป็นแนวทางเสนอเชิงนโยบาย สู่การยกร่างรูปแบบฯ 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 ควรมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชนและเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องในการเสริมพลังอำนาจ ผดส. ประเด็นที่2 การเสริมพลังอำนาจ ผดส. ควรมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) การมีความศรัทธาและความหวังในชีวิต ประเด็นที่ 3 เนื้อหาองค์ความรู้ที่ควรจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้ประกอบด้วยความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ด้านการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ และการป้องกันและลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดเมื่อยในระบบกระดูและกล้ามเนื้อและความเครียด รวมถึงความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้านการออกกำลังกายบนเตียง อาหาร และการใช้ยาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

2. ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน พบว่าได้มีการสร้างและพัฒนารูปแบบอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน คือ

2.1) ขั้นตอนการยกร่างรูปแบบฯ จากข้อค้นพบระยะที่1 โดยคณะผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน โดยนำข้อเสนอเชิงนโยบายใน 3 ประเด็น ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Fleury (1991) และทฤษฎีการดูแลของ Watson (1988) มาเป็นกรอบแนวคิดของรูปแบบฯ สู่แนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและเครือข่ายชุมชน ที่ร่วมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) การมีความศรัทธาและความหวังในชีวิต และมีกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ผดส. 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมของตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ศักยภาพตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การยอมรับการเปลี่ยนแปลง 2) การเปลี่ยนแปลงตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผนชีวิต การเรียนรู้การดูแลตนเอง การเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย การปรับบทบาทใหม่ การผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต 3) การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การสร้างพฤติกรรมใหม่ การบูรณาการเป็นวิถีชีวิตใหม่โดยมีชุดความรู้เพื่อการจัดประสบการณ์เรียนรู้ คือ 1) ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายด้านการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ และการป้องกันและลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดเมื่อยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และความเครียด 2) ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านการออกกำลังกายบนเตียง อาหารและการใช้ยาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

2.2) ขั้นตอนการพิจารณาความสอดคล้องเหมาะสมและร่วมกันวิพากษ์รูปแบบฯ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รพ.สต.พลายชุมพล เทศบาลตำบลพลายชุมพล ชุมชนและเครือข่ายชุมชนซึ่งได้ดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยคืนข้อมูลที่ค้นพบระยะที่ 1 และเสนอรูปแบบฯ ที่ยกร่างขึ้นและได้พัฒนาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ผดส.ที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่บ้าน ผดส.ที่มีศักยภาพสูงในการดูแลและถ่ายทอดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้กลุ่ม ผดส.

2.3) ขั้นตรวจสอบคุณภาพรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและพัฒนาปรับปรุงไขตามข้อเสนอแนะ ในประเด็นการเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้อย่างกว้างขวางและให้มีการเยี่ยมเสริมพลังที่บ้านเพื่อการเสริมพลังอำนาจได้ตามบริบทและความต้องการของของ ผดส.รายบุคคล

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชนให้กับ ผดส. ในตำบลพลายชุมพล จำนวน 15 คน ระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ - 8 เมษายน 2564 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังผลการประเมินภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า รูปแบบฯ มีทั้งประสิทธิภาพประสิทธิผล ดังนี้

3.1) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ด้านความเหมาะสมรูปแบบและกิจกรรม ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและการนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.1.1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงของชุมชนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า รูปแบบนั้นมีความเหมาะสมทั้งกิจกรรมและกระบวนการจัดกิจกรรมให้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่ม ผดส. ดังท่านหนึ่งให้ข้อมูลว่า *“...ผู้ดูแลน่ะต้องดูแลคนป่วยประจำ ยากที่จะออกไปไหนได้ จะออกไปไหนที่ต้องวางแผนหาคนแทน...ดีนะที่นัดสัปดาห์ละครั้ง และได้ลงเยี่ยมให้กำลังใจกันที่บ้านอีก”*

3.1.2 ผดส.มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันคืออยู่ในระดับมากและรูปแบบนั้นมีความเหมาะสมทั้งกิจกรรมและกระบวนการจัดกิจกรรมให้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้จริง และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย ดัง ผดส.คนหนึ่งให้ข้อมูลว่า *“... ผมไม่มาก็จะเสียใจแน่ ๆ ... กิจกรรมที่หมอจัดเพื่อพวกผมน่ะดีมากและมีทั้งไปรวมกันและไปดูคนอื่นเขาดูแลพ่อแม่เขาบ้าง มันได้รู้เขารู้เรามันมีกำลังใจได้ความรู้ได้เทคนิคในการดูแลคนของตัวบ้าง ก็ดีขึ้นนะ... และที่สำคัญได้กำลังใจครับ ... และเห็นคุณค่าตัวเองมากขึ้น ป้าแกยังไม่ท้อเลย ... ได้กำลังใจ”*

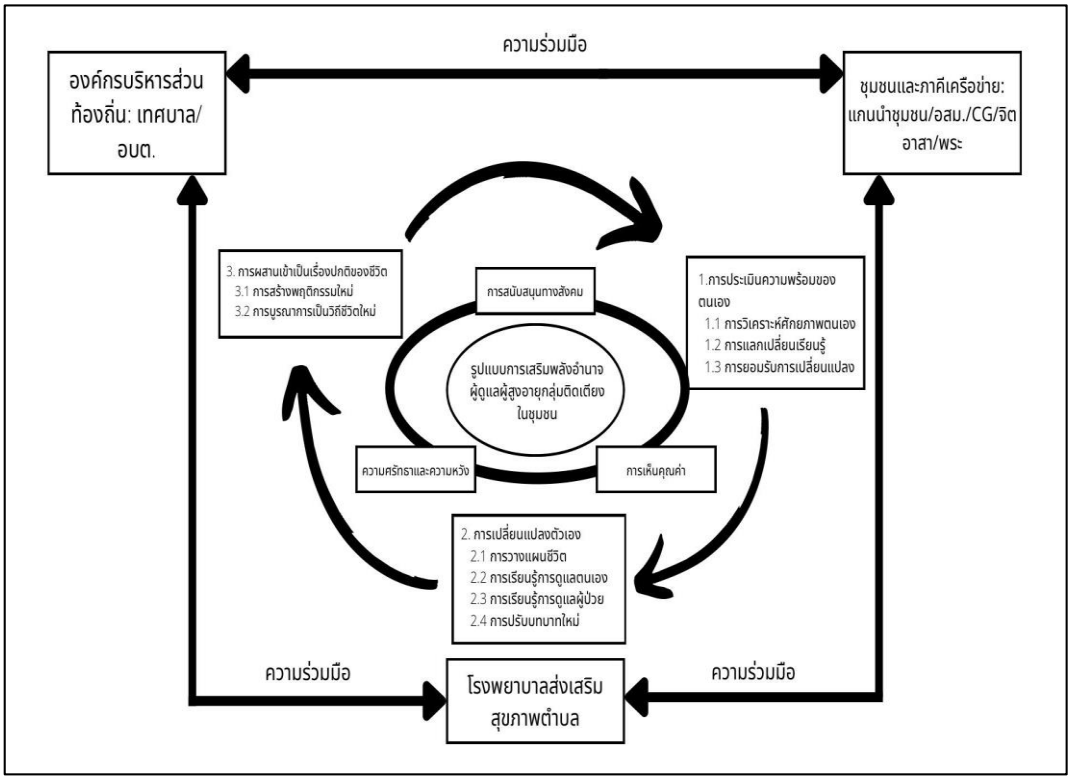
3.2) ศักยภาพของ ผดส.ด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน ผดส.ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าคะแนนการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพผดส.ด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน ของผดส.ก่อนและภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การรับรู้การเสริมพลังอำนาจ	34.00	4.59	41.60	2.69	8.084	.001*
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	15.60	.50	17.80	.56	12.602	.001*
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	40.20	5.38	52.40	1.50	10.791	.001*
การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	59.66	4.59	63.53	3.13	7.250	.001*

* p<.05

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นสามารถวิเคราะห์สรุปจากผลการวิจัยได้ว่ารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและมีปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขความสำเร็จ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) การมีความศรัทธาและความหวังในชีวิต นอกจากนี้ รูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน มี 3 องค์ประกอบ มีกระบวนการเสริมพลังอำนาจ 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมของตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ศักยภาพตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การยอมรับการเปลี่ยนแปลง 2) การเปลี่ยนแปลงตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผนชีวิต การเรียนรู้การดูแลตนเอง การเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย การปรับบทบาทใหม่ การผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต 3) การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การสร้างพฤติกรรมใหม่ การบูรณาการเป็นวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งสามารถสังเคราะห์แนวคิดจากรูปแบบที่พัฒนาได้เขียนเป็นแผนภาพจำลอง “รูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน”



ภาพที่ 2 รูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน

อภิปรายผล

1. บริบทชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ศักยภาพของผู้ดูแล สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในเขตเทศบาลตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าเป็นชุมชนเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท ความสัมพันธ์คนในชุมชนห่างเหินกันไปบ้าง มีความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง แต่การดูแลส่วนใหญ่เน้นผู้ป่วยติดเตียงเป็นหลัก การเสริมพลังให้ผู้ดูแลเกิดศักยภาพในการเป็นผู้ดูแลนั้นมีการดำเนินงานโดยวัดร่วมกับ รพ.สต. แกนนำชุมชน รพ.สต. จิตอาสา เครือข่ายชุมชน รวมตัวกันเยี่ยม มอบของอุปโภคบริโภคที่จำเป็นและให้กำลังใจทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว (ผดส.) และครอบครัว สำหรับศักยภาพของผู้ดูแลหลัก (ผดส.) แกนนำชุมชนและเครือข่ายชุมชนมีความเห็นสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผดส. ว่า ผดส. มีแนวโน้มความสามารถในการดูแลลดลงจากการต้องรับภาระดูแลตลอดวันต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้เกิดปัญหาความเหนื่อยล้า เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม และต้องการการสนับสนุนจาก รพ.สต.และชุมชนในด้านวัสดุครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ยา การเยี่ยมติดตามเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามระยะเวลาป่วย นอกจากนี้ยังต้องการการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพให้คงความแข็งแรงเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และกนกพร นทีธนสมบัติ (Fongkerd, Klungtumneum & Natetanasombat, 2019) ที่พบว่า ผดส.มีการเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น มีอาการไม่สุขสบายและเครียด ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงบ้าน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัชศฬา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม (Longphasuk, Monkong & Sirapo-ngam, 2018) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิม มีความเครียด ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จะเห็นได้ว่าความร่วมมือของชุมชนสำคัญต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง แต่ศักยภาพของ ผดส.ก็ยังมีแนวโน้มที่จะลดลง การเสริมพลังอำนาจของ ผดส.ให้มีศักยภาพทั้งทางด้านการมีพลังอำนาจในตนเองในการดำรงบทบาท ผดส.ที่มีทั้งความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยด้วยการเห็นคุณค่าของตนเองและงานอย่างมีศรัทธาและความหวัง ดังข้อค้นพบที่เสนอเชิงนโยบายสู่การสร้างรูปแบบ คือ ควรมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชนและเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องในการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ให้มีการเสริมพลังอำนาจ ผดส.ที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีความศรัทธาและความหวังในชีวิต และเนื้อหาองค์ความรู้ที่ควรจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้ ประกอบด้วย ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ด้านการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ และการป้องกันและลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดเมื่อยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และความเครียด ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านการออกกำลังกายบนเตียง อาหารและการใช้ยาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

2. ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน ได้รูปแบบฯ ที่มีจุดมุ่งหมายให้เกิดการประสานความร่วมมือในการเสริมพลังอำนาจ ผดส.ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยเน้นการมีส่วนร่วมในลักษณะการเป็นหุ้นส่วน รูปแบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก และแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเสริมพลังอำนาจ ผดส.3 ขั้นตอน ซึ่งได้ดำเนินการสร้างและ

พัฒนา 3 ขั้นตอน ก่อนการทดลองใช้ และได้สรุปผลรูปแบบฯ หลังการทดลองใช้ รวมมีการพัฒนารูปแบบเป็น 4 ขั้นตอน ซึ่งในขั้นตอนนี้ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิในภาพรวมอยู่ระดับดีมาก การที่ได้ผลเช่นนี้แสดงว่ารูปแบบฯ มีประโยชน์ มีความเหมาะสม มีความถูกต้อง มีความเพียงพอ และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้กับกลุ่ม ผดส. และได้นำสู่การทดลองใช้รูปแบบ โดย รพ.สต.ร่วมกับเทศบาลและเครือข่ายชุมชนได้ร่วมกันจัดเสริมพลังอำนาจให้กับ ผดส.ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จนเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ สามารถอธิบายได้ว่าส่วนหนึ่งนั้นเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ได้ผ่านตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ มีการศึกษาแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ศึกษาแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ แนวคิดทฤษฎีการดูแลของวัตสัน นอกจากนี้ยังใช้ผลการวิเคราะห์สรุปเชิงนโยบายในระยะที่ 1 มาประมวลและใช้เป็นหลักในในการสร้างและพัฒนารูปแบบฯ จึงมีส่วนให้รูปแบบฯ เป็นไปตามต้องการและสอดคล้องกับความสนใจของผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีความเที่ยงตรงตามมาตรฐานที่ใช้ในการตรวจสอบรูปแบบฯ ก่อนนำไปใช้ปฏิบัติในสภาพจริง

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชนให้กับผดส. ในตำบลพลายชุมพล พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบฯ ผดส.มีความเห็นสอดคล้องไปในทางเดียวกันว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบและผลต่อสุขภาพและบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพของ ผดส.ด้านการรับรู้การเสริมพลังอำนาจ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน เปรียบเทียบก่อนและภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภษะ และศิริรัตน์ จูมจะนะ (Pengsangiam , Chaisang , Pongsubha & Joomchana, 2017) ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล พบว่าภายหลังการให้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจ และคะแนนพฤติกรรมการการดูแลสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรวุฒิ ธุวะคำ (Sukjit, Duangthong & Thuwakum, 2020) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองและมีความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ.01 ตามลำดับ สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเกิดจากองค์ประกอบของรูปแบบที่เป็นโครงสร้างแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาเป็นการเสริมพลังอำนาจของ ผดส. คือ 3 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมพลังอำนาจ 3 ขั้นตอน เป็นปัจจัยหนุนเสริมให้เกิดความสำเร็จของการทดลองใช้รูปแบบฯ นี้ ในสภาพจริง ได้แก่ ระบบการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่า ความศรัทธาและความหวัง และมีกระบวนการเสริมพลังอำนาจ 3 ขั้นตอนดังรูปแบบฯ ที่ได้สร้างไว้ในขั้นนตอนการพัฒนารูปแบบฯ จึงนับได้ว่าเป็นพลังขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จของการเสริมพลังอำนาจ ผดส. เนื่องจากการเสริมพลังบุคคลนั้นควรเสริมทั้งภายในและภายนอก ภายในคือกำลังใจให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเห็นคุณค่าของสิ่งที่กระทำอยู่ เกิดความศรัทธาในตนเองและดำรงบทบาทของการดูแลคนป่วยและมีความหวังในชีวิต สำหรับการเสริมพลังภายนอกคือการได้รับการสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการ เช่นปัจจัยสี่ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการได้มีโอกาสพบปะสังคมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนอาชีพเดียวกัน แบ่งปันทุกข์สุขและเทคนิคการดูแลต่าง ๆ รวมถึงการได้รับการดูแลสุขภาพตรงกับปัญหาที่ตน

เป็นอยู่ เป็นต้น และกระบวนการเสริมพลังอำนาจจะต้องมีการพิจารณาไตร่ตรอง คิดวิเคราะห์จนเกิดความตระหนักรู้ถึงทางเลือกของตนเอง แล้วเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไปในทางบวกได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติ ดังแนวคิดของ Fleury (1991) ที่ได้กล่าวว่า การเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล ให้บุคคลมีพลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมผลลัพธ์ในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ใช้พลังขับเคลื่อน 2 องค์ประกอบ คือ การสร้างมโนภาพของบุคคลและโครงสร้างระบบสนับสนุน โดยมีกระบวนการทางสังคมคอยประคับประคอง ช่วยเหลือสนับสนุน กระตุ้นและจูงใจให้เกิดพลังอำนาจในตนเองจนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่ต้องการได้ แล้วคงพฤติกรรมนั้นไว้ต่อไปในวิถีชีวิตปกติของตนเอง และสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลของ Watson (1988) ที่เน้นการดูแลด้วยคุณธรรมที่ดำรงค์ไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์และให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจโดยไม่แยกออกจากกัน สร้างความศรัทธาและความหวัง มีชีวิตอยู่กับความจริง สร้างความหวังและศรัทธาที่เป็นไปได้ เน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ซึ่งในการเสริมพลังอำนาจ ผดส.ครั้งนี้ ผดส.ได้รับการเสริมพลังจากทั้งทีมสุขภาพ รพ.สต. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลฯ แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อสม. พระสงฆ์ จิตอาสา ให้การสนับสนุนปัจจัยสี่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ตลอดจนปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มั่นคงแข็งแรงขึ้น เป็นประจำทุกเดือนในลักษณะกิจกรรมบิณฑบาตความทุกข์ที่สนับสนุนปัจจัยดังกล่าว และพระให้การเสริมพลังทางปัญญาและสุขภาพจิตตามปรัชญาของศาสนา ทำดีได้ดี การดูแลผู้ป่วยเป็นบุญกุศล และยังมีจิตอาสานำอาหารจากวัดซึ่งได้จากพระบิณฑบาตแจกจ่ายให้บ้าน ผดส.ทุกวัน นอกจากนี้กิจกรรมในรูปแบบฯ ขั้นตอนการประเมินความพร้อมของตนเอง นั้นได้จัดให้ ผดส.ได้วิเคราะห์ศักยภาพตนเองโดยให้ฟังข้อคิดเชิงธรรมะจากพระนักธรรมสะท้อนสู่ตนเอง และให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน โดยจัดกิจกรรมให้ได้เรียนรู้กับ ผดส.ที่เป็นต้นแบบการดูแลได้แบ่งกันแนวคิดการเป็น ผดส.และวิธีการดูแลตนเองและดูแล ผดส.สร้างแรงบันดาลใจให้กันและกันจนเกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีการวางแผนชีวิต การเรียนรู้การดูแลตนเอง การเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย การปรับบทบาทใหม่ การผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต จนผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต โดยมีพยาบาลและทีมสุขภาพ รพ.สต. อสม. รวมถึงผู้ดูแล (CG) เป็นทีมผู้ให้ความรู้เพิ่มเติม ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจทั้งในช่วงเวลาอบรมในสถานที่และย้ายที่อบรมไปตามบ้านของ ผดส.เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกันและกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยผู้อำนวยการ พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและเครือข่ายชุมชน รวมถึงหน่วยงานที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดเตียงควรร่วมกันกำหนดเป็นนโยบายและขับเคลื่อนการนำรูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงไปใช้ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการเสริมพลังอำนาจ ผดส. ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และศึกษาความคงอยู่ของพลังอำนาจของ ผดส. ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียงในระยะยาว รวมถึงศึกษาวิจัยนวัตกรรมเทคโนโลยีการสื่อสารในการเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงเครือข่ายเสริมพลัง ผดส. ได้รวดเร็วและต่อเนื่อง

References

Chandoevwit, W. & Vajragupta, Y. (2017). Long-term care insurance system: a system suitable for Thailand.Bangkok: Foundation of Thailand Development Research Institute. (in Thai).

College of Population Studies, Chulalongkorn University and the Department of older persons, Ministry of Social Development and Human security. (2017). Study report elderly plan monitoring and evaluation project national edition 2 (2002 - 2021) phase 3 (2012 - 2016) complete volume. Bangkok: College of Population Studies. (in Thai).

Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. (2019). A manual for the care and protection system for the protection of the rights of the elderly at the local level. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai).

Eliopoulos, C. (2005). Gerontological nursing. (11th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Fongkerd, S., Klungtumneum, K. & Natetanasombat, K. (2019). The self-health care experiences of caregiver's older adult with bedridden patients. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin, 9(1), 69-89. (in Thai).

Fleury, J. D. (1991). Empowering potential: A theory of wellness motivation. Nursing Research, 40(5), 286-291.

Guest, G., MacQueen, K. M. & Namey, E. E. (2011). Applied thematic analysis. California: SAGE publication.

Jantavanich, S. (2009). Data analysis in qualitative research. 9th printing: Chulalongkorn University Press.

Kantawit, J. & Watchara, T. (2022). Experiences of primary caregivers in caregiving for older family members with bedridden at home. Journal of Nursing and Health Science Research, 14(1), 191-205. (in Thai).

Kempakon, P., Chenphanitsub, M. & Kleekorn, W. (2022). Development of a long-term care system and access to service for dependent elderly in Buriram province. Regional Health Promotion Center 9 Journal, 16(1), 140-156. (in Thai).

Kumsuchart, S. (2017). Health problem and health care need among Thai elderly: policy recomendatin. Journal of Health Science, 26(6), 1156-1164. (in Thai).

Longphasuk, N., Monkong, S. & Sirapo-ngam, Y. (2018). Health conditions and self-care activities of older caregivers caring for bedridden older adults. Thai Journal of Nursing Council, 33(2), 97-109. (in Thai).

Pengsangiam, W., Chaisang, P., Pongsubha, W. & Joomchana, S. (2017). The development of caregiver's empowerment program of bed bound elderly in the community. Journal of Nursing and Health Science, 18(3), 83-95. (in Thai).

Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2020). Aging population of Phitsanulok report. Phitsanulok provincial public health Office: photocopied documents. (in Thai).

Phlai Chumphol sub-district health promoting hospital. (2020). Aging health care report of Phlai Chumphol Sub-district Health promotion Hospital. Phitsanulok Provincial Public Health Office: photocopied documents. (in Thai).

Sukjit, S., Duangthong, J. & Thuwakum, W. (2020). Potential development model of the elderly's caregivers with participation of the community network Pa Sao, muang, Uttaradit. Journal of Council of Community Public Health, 3(2), 109-118. (in Thai).

Taweenut, S. (2022). Development of model for coping with burnout among dependent elderly's caregivers in Phetchabun province. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 7(3), 489-504. (in Thai).

Wangji, N. & Sangsuwan, A. (2022). New continuing care model for dependent elderly patients. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 9(1), 241-256. (in Thai).

Watson, J. (1988). New dimensions of human caring theory. Nursing Science Quarterly, 1, 175-181.