

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตตำบลไร่สะท้อน จังหวัดเพชรบุรี

The effect of an empowerment program on competency development among the elderly with non-chronically disease elderly in Rai-Saton sub-district, Phetchaburi Province

สุขศิริ ประสมสุข^{1*}, ณฐกร นิลเนตร¹, พันัส ชัยรัมย์² และ มารยาท จำมะนา¹
Suksiri Prasomsuk^{1*}, Nathakon Nilnate¹, Panus Chairum² and Marayat Chammana¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 76000

²คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 76000

¹Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi 76000

²Faculty of Humanities and Social Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi 76000

*To whom correspondence should be addressed. e-mail: suksiridrko@gmail.com

Received: 10 September 2020, Revised: 14 October 2020, Accepted: 1 November 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดของเฟลอร์รี่ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะประเมินความพร้อมโดยการระบุปัญหาในด้านการจัดการ ความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวที่มีต่อปัญหา 2) การเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนดเป้าหมาย การแสวงหาทางเลือกเพื่อที่แก้ไขปัญหา 3) การผสมผสานเข้าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินผล โดยใช้วิธีการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 60 คนได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน ทำการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี การคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับคู่ตามลักษณะของเพศ อายุและประสบการณ์ดูแลในเวลาที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนการรับรู้การจัดการโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 การค้นพบครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นสถานการณ์จริง การรับรู้ความสามารถในตนเองเพื่อส่งผลต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมที่จะนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทอื่นต่อไป

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

The purpose of the study was to investigate the effectiveness of an empowerment program for caring elderly with non-communicable disease. The empowerment program was adapted in accordance with Fleury's concept included 3 steps 1) appraising readiness for identification of problem areas for self-management; exploration of emotions associated with these problems; 2) changing for development of a set of goals and strategies to overcome these problems to achieve these goals; 3) integrating change for creation and

implementation of behavioral change plans; ideas modification and evaluation. This study was a quasi-experimental research which was implemented for 4 weeks. The qualified 60 samples who attended to the sub-district health centers were purposively assigned into an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The subjects in each group were matched by sex, age, and caring experience in difference time. All data were analyzed by mean, standard deviation, Chi-square and t-test. The results were illustrated that mean scores of an experimental group had a significantly greater improvement than the control group ($p < 0.05$). And the mean scores of disease management perception of an experimental group had a significantly higher than the control group ($p < 0.05$). This exploration was revealed that real situation, self-care ability perception and their ability to achieve proper practices in order to bring empowerment guidelines to applied with the non-chronically disease elderly in other area.

Keywords : Empowerment, Elderly Person, Non-Communicable Disease

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีจำนวน 7,349 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 901 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 12.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าประชากรโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว [1] จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545, 2550, 2554 และ 2557 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั่วประเทศ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ [2] และในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 11 ล้านคนหรือร้อยละ 16 ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุมีถึงร้อยละ 20 [1] ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางด้านกาแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อัตราการเกิดน้อยลงและประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7 อัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคเมเร็งร้อยละ 0.5 [3] และมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้ค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและภาคครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและญาติที่ต้องรับภาระดูแล ทั้งนี้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นหากยังไม่เตรียมระบบรองรับสังคมสูงวัย[4]

ในปี พ.ศ.2561 จังหวัดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุจำนวน 77,941 คนคิดเป็นร้อยละ 17.78 แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมที่ยังสามารถพึ่งตนเองได้ดีและช่วยเหลือผู้อื่นได้ร้อยละ 93.09 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือกลุ่มติดบ้านร้อยละ 5.46 และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.80 จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัด พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 19.57 โรคเบาหวานร้อยละ 11.29 สุขภาพช่องปากร้อยละ 14.85 เข่าเสื่อมร้อยละ 9.20 โรคซึมเศร้าร้อยละ 3.35 สมองเต็มร้อยละ 3.12 ภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 22.27 [5] สำหรับอำเภอบ้านลาดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุจำนวน 22,325 คน คิดเป็นร้อยละ 20.43 ซึ่งเป็นอำเภอที่มีร้อยละของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละของจังหวัดเพชรบุรีและของประเทศไทย จาก ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ภาวะอ้วนร้อยละ 41.5 ภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 45.1 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 30.3 สุขภาพช่องปากร้อยละ 20.6 สมองเต็มร้อยละ 12.7 ภาวะหกล้มร้อยละ 9.9 เบาหวานร้อยละ 7.1 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.2 และซึมเศร้าร้อยละ 2.6 โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำนวน 1,073 คนหรือร้อยละ 5.06 [6] และในเขตพื้นที่ตำบลไร่สะทอนมีผู้สูงอายุจำนวน 800 คนหรือร้อยละ 17.8 นับว่าเป็นตำบลหนึ่งที่มีผู้สูงอายุอยู่ในสังคมเป็นจำนวนมากและมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึงเกือบร้อยละ 50 ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 1.01 [7] อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มคลังสมองที่เป็นผู้ทรงความรู้ความชำนาญที่มีคุณค่า เป็นผู้สร้างไว้ซึ่งวัฒนธรรมประเพณีและเป็นสายใยความรักแห่งครอบครัวเชื่อมต่อระหว่างบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ แต่ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุ

เป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยทางสุขภาพ มีปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านสังคมและปัญหาด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นกว่าวัยอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสม

การสร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในเรื่องการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคประจำตัวที่มีอยู่ได้อย่างปกติสุข สามารถควบคุมความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคประจำตัวที่มีอยู่ได้ รวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีตามมาด้วย โดยกระบวนการที่จะทำให้นุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ก่อนที่จะมีภาวะพึ่งพิงนั้น จะต้องได้รับประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา สาเหตุและกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ดังที่ Kemmiss and Mc Taggart [8] กล่าวว่า การร่วมมือกันต้องเป็นหมู่คณะ จะกระทำคนเดียวไม่ได้ ต้องทำเป็นกลุ่มเพื่อปรับปรุงและพัฒนาตนเองจนกว่าจะค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของบุคคลนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของธนายุส ธนชิต และกนิษฐา จำริญสวัสดิ์ [9] ที่พบว่า แนวโน้มภาวะความเจ็บป่วยหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง และการศึกษาของคมกริช หุตะวัฒนะ [10] เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ [11] ที่พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าการจัดกิจกรรมนั้นจะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและควรจัดกิจกรรมให้ครบ 3 ด้านคือ ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการคลายเครียดซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข [12] ที่พบว่าเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง และขาดทักษะการควบคุมอารมณ์ที่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ [13]

แนวคิดการสร้างพลังอำนาจได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล เนื่องจากแนวคิดของเพรยเร่ได้นิยามการสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม จากการทำกิจกรรมร่วมกันในการที่จะจัดการกับชีวิตของตนเองผลลัพธ์ของกระบวนการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหาหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นภาวะที่คนมีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ [16] ประกอบกับบุคลากรสุขภาพในเขตตำบลไร่สะท้อนมีความต้องการที่จะเสริมสร้างสมรรถนะของผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับคำกล่าวของ สเตอร์แมน [14] ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมสามารถสนองความต้องการ ความถนัดและความสามารถของผู้เรียนได้อย่างแท้จริง จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าผลของการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตนเอง มีแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และขั้นตอนที่สำคัญในการทำการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การทำให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและยอมรับปัญหาสุขภาพว่าเป็นปัญหาที่ตนต้องการการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของ คมกริช หุตะวัฒนะ [10] คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่กลุ่มตัวอย่าง พบว่าภายหลังการให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างระดับการรับรู้พลังอำนาจสูงขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ยั่งยืน

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลไร่สะท้อนจังหวัดเพชรบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สูงกว่ากลุ่มกลุ่มตัวอย่างควบคุมที่ได้รับบริการปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experiment research) แบบ pre-posttest control group design [15]

ประชากร เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อนอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ปี 2561 จำนวน 800 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดให้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยการคำนวณหาอำนาจจำแนกในการทดสอบ (Power Analysis) ตามแบบของ โทเชน เพื่อควบคุม Type 2 Error ได้กำหนดค่า Effect Size เพื่อใช้ในการหาอำนาจจำแนกในการทดสอบแบบมีจำนวนมากและเท่ากันที่ระดับเท่ากับ .8 กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ .05 [15] และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อย 20 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจงได้เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
2. อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจ สมอ และไต
4. การรับรู้และสติสัมปชัญญะดีมีความ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ การได้ยินปกติ
5. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้และได้รับการพิทักษ์สิทธิ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. บอกละเลิกการเข้าร่วมในการวิจัย
2. เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มขณะทำวิจัยไม่ ครบทุกครั้ง

เครื่องมือการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 อย่าง ดังนี้

1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury [16] แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใช้เวลา 4 สัปดาห์ ฤ ละ 1-2 ชั่วโมงในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม โดยการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1) โดยการแนะนำตัวเอง การซักถามเกี่ยวกับเรื่องปัญหาของครอบครัว การเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคลอื่นและในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับตนเองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยโน้มน้าวให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลง โดยวิธีการ

1) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 2) โดยค้นหาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา รวมทั้งประเมินแหล่งพลังอำนาจบุคคล

2) การสร้างพลังในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติสิ่งใหม่เหมือนเป็นเรื่องปกติของชีวิต (สัปดาห์ที่ 3-4) โดยวิธีการดังนี้

1) เป็นการให้ความรู้เรื่อง โรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่ม แล้วผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้น ๆ

2) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยโดย สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะการจัดการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารวมถึงการที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา

3) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

2) แบบประเมินพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

2) ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

3) ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับโรค/ความเจ็บป่วย เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อการให้คะแนน ผู้วิจัยจะพิจารณาคำตอบของกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินความถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรค/ความเจ็บป่วย

4) ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรค/ความเจ็บป่วยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ดำรา เอกสารงานวิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบ โดยมีดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruency: IOC ได้เท่ากับ 0.76)

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ค่า Chi-square

2. เปรียบเทียบพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิเคราะห์โดยใช้ค่า paired t-test [15]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (COA No. 012/2562) ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวและให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจและชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลจะไม่มีภาระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.30 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 60.0 (โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.13 ± 10.68 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.77 ± 9.67 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 มีแหล่งที่มาของรายได้หลักมาจากการทำงาน ร้อยละ 58.33 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 61.67 มีโรคแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 85 ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 38.33 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.33 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 95 แต่ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ร้อยละ 61.67 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		$X^2_{(df)}$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.341	0.559
ชาย	7	23.30	9	30.00		
หญิง	23	76.70	21	70.00		
อายุ (ปี)					0.690	0.952
60-69	18	50.00	18	50.00		
70-79	10	33.30	10	33.30		
80-89	2	6.70	2	6.70		
สถานภาพสมรส					0.402	0.940
คู่	23	76.70	21	70.00		
โสด	2	6.70	3	10.00		
หม้าย	4	13.30	5	16.70		
หย่า	1	3.30	1	3.30		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		X ² _(df)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					0.433	0.933
ประถมศึกษา	21	70.00	19	63.33		
มัธยมศึกษา	5	16.67	7	23.33		
อนุปริญญา	2	6.67	2	6.67		
ปริญญาตรี	2	6.67	2	6.67		
แหล่งที่มาของรายได้หลัก					0.081	0.960
สวัสดิการรัฐบาล	10	33.30	9	30.00		
การทำงาน	17	56.70	18	60.00		
บุตรหลาน/ครอบครัว	3	10.00	3	10.00		
สภาพการอยู่อาศัย					0.138	0.987
อยู่คนเดียว	2	6.67	2	6.67		
อยู่กับคู่สมรส	5	16.67	5	16.67		
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	18	60.00	19	63.33		
อยู่กับบุตรหลาน	5	16.67	4	13.33		
โรคแทรกซ้อน					0.884	0.927
ไม่มี	5	16.70	4	13.30		
โรคเบาหวาน	12	40.00	11	36.70		
ไขมันในเลือดสูง	7	23.30	10	33.30		
โรคหัวใจ	3	10.00	3	10.00		
โรคไต	3	10.00	2	6.70		
การดื่มสุรา					0.351	0.554
ไม่ดื่ม	29	96.70	28	93.30		
ดื่ม	1	3.30	2	6.70		
การดื่มกาแฟ					0.071	0.791
ไม่ดื่ม	12	40.00	11	36.70		
ดื่ม	18	60.00	19	63.30		

ส่วนที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถในด้านต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองและพบว่า ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ด้านการจัดการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถในด้านต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านร่างกาย						
ก่อนการทดลอง	18.92	3.55	18.57	3.63	.166	.857
หลังการทดลอง	19.13	3.43	18.97	3.77	.176	.861
ด้านจิตใจและจิตสังคม						
ก่อนการทดลอง	20.98	3.35	21.12	4.26	.378	.702
หลังการทดลอง	22.78	3.30	22.92	4.41	-.072	.938
ด้านรับรู้ความเจ็บป่วย						
ก่อนการทดลอง	13.25	3.29	13.02	4.10	.195	.824
หลังการทดลอง	16.93	3.84	14.92	4.59	2.375	.028*
ด้านการจัดการโรคและความเจ็บป่วย						
ก่อนการทดลอง	53.92	8.92	58.45	12.27	.029	.928
หลังการทดลอง	64.62	8.03	52.41	7.22	6.222	< .001*

*p-value < .05

ส่วนที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภายในกลุ่มเกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ ของกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้ด้านความสามารถด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถด้านการทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคมของด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ด้านการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วยและพลังอำนาจโดยรวม ภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนการรับรู้ของกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (ภายในกลุ่ม)

รายการประเมิน (การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถ)	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	18.97	3.77	18.97	3.77	-	-
2. ด้านการทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคม	20.98	3.35	22.78	3.30	-3.943	.001*
3. ด้านโรคและความเจ็บป่วย	13.25	3.29	16.93	3.84	-6.245	.006
4. ด้านการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย	53.92	8.92	64.62	8.03	-4.560	.027
5. ด้านพลังอำนาจโดยรวม	105.46	9.95	112.48	9.26	-5.767	.035

* p-value ≤ .001

ส่วนที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ พบว่า การรับรู้ความสามารถด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนคงเดิม ส่วนการรับรู้ความสามารถการทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ การรับรู้

เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภายหลังจากทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .01 ด้านการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย พบว่าภายหลังจากทดลองมีคะแนนต่ำกว่าก่อนทดลอง ส่วนพลังอำนาจโดยรวมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนการรับรู้ของกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (ภายในกลุ่ม)

รายการประเมิน (การรับรู้ความสามารถ)	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	18.57	3.63	18.57	3.63	-	-
2. การทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคม	21.12	4.26	22.92	4.41	-4.220	.001*
3. ด้านโรคและความเจ็บป่วย	13.02	4.10	14.92	4.59	-3.258	.009**
4. ด้านการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย	58.45	12.27	52.41	7.22	2.122	.032***
5. ด้านพลังอำนาจโดยรวม	110.42	22.45	109.24	4.42	.254	.864

* p-value \leq .001 ** p-value \leq .01 *** p-value \leq .05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งผลทำให้เพิ่มระดับพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านเนื่องมาจากในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำการทดลองประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก ๆ คือ 1) การประเมินความพร้อมโดยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2) การเปลี่ยนแปลงโดยการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน และ 3) การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องราวของชีวิตโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury [16] โดยที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัวจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม และบทบาทของพยาบาลจะปรับเปลี่ยนจาก “ผู้เชี่ยวชาญ” มาเป็น “ผู้สนับสนุน” การวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับในความคิดเห็น สามารถคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมในการดูแลดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยอื่น ๆ เช่นการศึกษาของปรังกาศทิพย์ อูจะรัตน [17] ที่พบว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกภพ จันทร์สุคนธ์ [18] ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านพบว่าผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ภายหลังจากการทดลอง การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่สร้างตามแนวคิดของเฟลอร์รี่ซึ่งได้แบ่งกระบวนการทำโปรแกรมเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อมเป็นขั้นตอนการสำรวจความพร้อมในการปรับความรู้สึกให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยการสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความไว้วางใจ แล้วจึงให้ความช่วยเหลือ เปิดให้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งเกี่ยวกับตนในสังคมไทย ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านกำลังใจและทางด้านจิตใจ [19] ระยะที่ 2

การเปลี่ยนแปลง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เรียนรู้ข้อมูลที่เป็นปัญหาด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นและเสนอวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อนำข้อมูลที่ได้รับนี้ไปวิเคราะห์ใช้แก้ไขปัญหของตน ระยะที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต การสร้างความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อที่จะนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องที่จะพัฒนาความรู้และเพิ่มพลังอำนาจอีกทั้งมีการอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับญาติทำให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรู้สึกผ่อนคลายอารมณ์และมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ รวมทั้งมีการให้แรงเสริมทางบวกและหาวิธีการแก้ไข และตัดสินใจเลือกการแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนติยา แจ่มทิม [20] ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเกิดการค้นพบสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง

หลังการทดลองคะแนนด้านพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีการให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกระทำปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงทำให้ตนเองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อภิวัชรณี แหวนทอง [21] ได้ศึกษาการประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลและปัญหาในการดูแลเพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแล ได้มีการให้ความรู้ในส่วนที่ญาติผู้ดูแลขาด เพื่อให้ญาติผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกตัดสินใจ ปฏิบัติการแก้ปัญหา ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหตามสาเหตุ และให้ญาติผู้ดูแลเลือกวิธีปฏิบัติทำให้ญาติผู้ดูแลได้รู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมและได้พัฒนาตนเองในการแก้ปัญหา มีการแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังจากนั้นให้ญาติผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และประเมินผลในทางบวกเพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ดี หลังจากนั้นติดตามการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม และการดูแลอย่างต่อเนื่องผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม [22] ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจเลือกทางออกช่วยสร้าง สัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้จากการร่วมกันคิดร่วมกันตัดสินใจหาทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยรบกวน โดยเฉพาะปัจจัยด้านระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งอาจจะทำให้มีผลต่อผลลัพธ์การทดลองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรติดตามการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะทุก 3 เดือน เพื่อวัดระดับพลังอำนาจ เนื่องจากการรับรู้จากการจัดโปรแกรมจะหายไปในช่วงเวลา 3-6 เดือน หากไม่มีการกระตุ้นหรือติดตามให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2) ครอบครัวผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มป่วย และควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่ต้น จากการวิจัยในครั้งนี้และหลายๆ งานวิจัยที่ศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจะเกิดผลในด้านบวกกับผู้ป่วย

3) ควรมีการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการประเมินผลระหว่างการทำงานตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุโรคไม่เรื้อรังที่บ้าน หลังการทดลอง 12 เดือนขึ้นไปและหาวิธีการควบคุมปัจจัยรบกวนเพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีความเชื่อถือและขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้

2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเชิงประจักษ์เพื่อค้นหาประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุโรคไม่เรื้อรังตามแต่ละบริบทของแต่ละชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- [1] ปราโมทย์ ปราสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน), 2559 ; 6-7.
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก :<http://nso.go.th>
- [3] วิมล บ้านพวน. คู่มือแนวทางการฝึกอบรม การสร้างเสริมพลังอำนาจ Care manager. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2558 ; 11-15.
- [4] เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2558 ; 7-9.
- [5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2559.
- [6] ศูนย์อนามัยที่ 9. รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560.
- [7] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท่อน. รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ; 2559.
- [8] Kemmis, S. and McTaggart, C. The action research planner. 3rd ed. Deakin University: Victoria; 1990.
- [9] ธนายุส ธนธิตและกนิษฐา จารุญสวัสดิ์. การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558 ; 35 : 57-70.
- [10] กมลกริช หุตวัฒนะ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา หาบฉิมมา สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน (รายงานการวิจัย). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2553.
- [11] เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปรีชชฤกษ์และ ญาณีลา โชติกะคาม. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบางแค. วารสารพยาบาลทหารบก 2555 ;13 : 8-17.
- [12] สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.39.7/imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf
- [13] นริศรา พงษ์ประเทศ. การพัฒนาการดูแลตนเองด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2554.
- [14] Marsh, C.J. Perspectives: Key Concepts for Understanding Curriculum. London: Falmer Press; 1997.
- [15] ชวิชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร; 2540.
- [16] Fleury, J.D. Empowering potential: A theory of wellness motivation. Nursing Research 1991; 40(5): 286-291.
- [17] ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และฉวีวรรณ โปธิศรี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนา ศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลทหารบก 2557; 15(2) : 216-224.

- [18] เอกภพ จันท์สุคนธ์ และอนงค์นาคู คงประชา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2560; 2(1): 24-34.
- [19] สุภาพร แนวบุตร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในครอบครัว. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2558 ; 8(4) : 30-40.
- [20] เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง, และ ปุรินทร ศรีศลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากร ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี.วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีนครราชสีมา 2558 ; 22(1) : 65-76.
- [21] อภิวรรณ แหวนทอง. ความรู้สึกรู้สึกรู้ค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล 2547.
- [22] น้ำทิพย์ ยิ้มยิ้ม และ ชูดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24(2): 46-58.