

ผลของการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ตำบลบ้านนาง  
อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

มนัสกรรณ์ พิชัยจุมพล<sup>1</sup> และพงศ์ศิลป์ วิลาชัย<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจ ที่มีต่อระดับความรู้ ทักษะและทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่ตำบลบ้านนาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) 2 กลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง กันยายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งเป็นโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจตามแนวคิด ทฤษฎีของ Conger and Kanungo (1988) และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลอง  $13.23 \pm 1.33$  และหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย  $18.60 \pm 0.88$  แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ด้านทัศนคติกลุ่มทดลองมีระดับทัศนคติก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย  $3.99 \pm 0.50$  และหลังเข้าร่วมโครงการ  $4.04 \pm 0.53$  แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีระดับทัศนคติดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งแสดงให้เห็นถึงพื้นฐานด้านทัศนคติที่ดีต่อการสมัครเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนด้านทักษะกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนการทดลอง  $5.73 \pm 1.23$  และหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย  $9.28 \pm 1.42$  แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าการเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) สามารถพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ และสามารถมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้อย่างถูกต้อง เป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน อันนำไปสู่คุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

**คำสำคัญ:** การเสริมพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

<sup>1</sup> พย.ม.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup> พย.ม.โรงพยาบาลเชียงม่วน กระทรวงสาธารณสุข

## Effects of Empowerment for Caregiver of The Dependent Elderly Group in Ban Mang Sub-district , Chiang Muan District, Phayao Province

*Manashakorn pichaijumpol<sup>1</sup>,Phongsin vilachai<sup>2</sup>*

### Abstract

This quasi-experimental research tested the effects of using empowerment on the levels of knowledge, attitudes, and skills of caregivers of the dependent older adults in the area of Ban Mang sub-district Chiang Muan District, Phayao Province. The theoretical framework was the conceptual empowerment program by Conger and Kanungo (1988). Thirty caregivers were purposively assigned to the experimental group and 30 caregivers were assigned to the comparison group. Data on general information, knowledge, attitudes, and skills were collected from April to September 2021. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics. Within group data analyzed used Paired t-test to compare before and after the intervention. Between group comparison used Independent t-test

The results revealed that the knowledge of the experimental group had a mean score before the experiment  $13.23 \pm 1.33$  and a mean score of  $18.60 \pm 0.88$  after the experiment, indicating that the experimental group had a statistically significant increase in knowledge score after the experiment ( $p < 0.001$ ) and significantly better than the comparison group ( $p < 0.05$ ). The attitude of the experimental group was a mean score  $3.99 \pm 0.50$  before the experiment and  $4.04 \pm 0.53$  after the experiment, indicating that the experimental group had a statistically significant better attitude than before the experiment ( $p < 0.05$ ), but not different from the comparison group which shows the fundamentals of positive attitude towards applying to take a role in caring for the elderly of both groups. The skills of the experimental group was a mean score  $5.73 \pm 1.23$  before the experiment and  $9.28 \pm 1.42$  after the experiment, indicating that the experimental group's skill scores increased after the experiment and more than the comparison group statistically significant ( $p < 0.001$ ). The study showed that the empowerment program can build capacity for knowledge, attitude and skills of caregiver to caring the elderly people with dependency. Therefore, this program could be

for building capacity of caregiver to quality of service and improve the quality of life of the elderly.

**Keywords:** The Empowerment ,Elderly caregiver, The dependent elderly group

<sup>1</sup>M.N.S. Phayao Provincial Public Health Office.MOPH

<sup>2</sup>M.N.S. Phayao Provincial Public Health Office.MOPH

Corresponding author, Email: mk\_pcu@hotmail.com

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ได้เสนอประเด็นการสูงอายุและสุขภาพ (ageing and health) ว่ามีประเด็นสำคัญ 4 ด้านหลักที่ประเทศต่าง ๆ ควรต้องดำเนินการเพื่อรองรับผู้สูงอายุ คือ 1) ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ โดยพัฒนาระบบบริการที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ (older person centered and integrated care) 2) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care, LTC) ให้เป็นบริการสาธารณะ กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ชัดเจน มีระบบการคลังที่เป็นธรรมและยั่งยืน พัฒนาและบำรุงรักษากำลังคนในการดูแลระยะยาว และดูแลเรื่องคุณภาพบริการ 3) สร้างสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age friendly environment) สนับสนุนให้ทุกนโยบายของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นคำนึงถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และ 4) พัฒนาการวัด การติดตามประเมิน และความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุ

ประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และคาดว่าใน พ.ศ.2577 ประชากรผู้สูงอายุ จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของ ประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) มาตั้งแต่ปี 2559 โดยหลัก 3 C คือ care manager (ผู้จัดการการดูแล) caregiver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) และ care plan (แผนการดูแล) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคล โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

จังหวัดพะเยาในปี 2564 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28.51 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2562 และ 2563 ซึ่งมีร้อยละ 26.24 และ 25.60 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 2.69, 2.20 และ 2.26 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 0.55, 0.49 และ 0.47 ตามลำดับ จำนวนผู้จัดการการดูแล (care manager) จำนวน 148 คน จำนวน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) จำนวน 874 คน สัดส่วน CG:ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เท่ากับ 1:4.68 โปรแกรม ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สปสช., 2564) ส่วนตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วนในปี 2564 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 41 รายคิดเป็นร้อยละ 4.13 กลุ่มติดเตียงจำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 1 ซึ่งสูงกว่าระดับจังหวัด จำนวน CM 1ราย จำนวน CG 31ราย ปฏิบัติงานจริงและต่อเนื่องจำนวน ๒๓ คน จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน (CG) ถึงประเด็นปัญหาการปฏิบัติงาน พบว่า ร้อยละ ๙๓ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานต้องมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยกำกับช่วยเหลือใกล้ชิด อยากให้มีการจัดอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ ทักษะ ที่เข้มข้นตัวต่อตัว และปฏิบัติกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจริงๆ เพราะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคและภาวะแทรกซ้อนร่วม การดูแลรักษาเมื่ออุปกรณ์เครื่องช่วยที่ติดมาจากโรงพยาบาล ทำให้ส่งผลต่อความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ถ้าได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม และเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ย่อมส่งผลถึงการปฏิบัติงานที่ดีและมีประสิทธิภาพ (Conger & Kanungo, 1988) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์การบริหารที่ผู้บริหารควรตระหนักถึงเพราะเป็นสิ่งที่นำไปสู่การพัฒนา การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (สุภาพร แนวบุตร, 2558) การสร้างเสริมพลังอำนาจ ในผู้ดูแลในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจเลือกทางออกช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลและ

ผู้สูงอายุที่ได้จากการร่วมกันคิดร่วมกันตัดสินใจหาทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง (น้ำทิพย์ ยิ้มแย้มและยุวดี รอดจากภัย,2560) การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจ รับผิดชอบต่อความสามารถในตนเอง และสามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างถูกต้อง สามารถนำไปประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน (ธราทิพย์ ไชยวุธ,ศิวพร อึ้งวัฒนาและเดชา ทำดี,2563)

ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทในการดูแลกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จึงได้มีแนวคิดการดำเนินงานเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) โดยนำทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Conger and Kanungo (1988) ซึ่งประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ ขั้นที่ 2 การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ ขั้นที่ 3 การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ขั้นที่ 4 ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และขั้นที่ 5 พฤติกรรมที่เกิดขึ้น มาประยุกต์และออกแบบกิจกรรมต่างๆเพื่อเป็นแนวทางให้กับพื้นที่ได้พัฒนาแก้ไขปัญหาในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งเป็นการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545-2564) ที่ระบุว่าบุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเป็นสถานบันหลักที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุและรองรับนโยบายการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ที่มีต่อระดับความรู้ ทักษะและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง พื้นที่ตำบลบ้านนาง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา โดย

1.เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และ ทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

2.เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และ ทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

## สมมติฐานการทดลอง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) มีคะแนนความรู้ ทักษะ และ ทักษะ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Post Test Design) ดำเนินการตามการเสริมพลังอำนาจตามแนวคิด ทฤษฎีของ Conger and Kanungo (1988) ตัวแปรการวิจัย ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 2) ทักษะเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และ 3) ทักษะในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านมาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงตามเกณฑ์หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบ้านมาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา 3) มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ 4) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาชั้นปีที่หก 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออก เขียนได้ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิดและการถามตอบคำถาม 6) สนใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยจนจบกระบวนการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจซึ่งได้ประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีของ Conger and Kanungo (1988) ทั้งหมด 5 ครั้ง และอ้างอิงตามเกณฑ์คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver 18 ชั่วโมง( สำนักอนามัยผู้สูงอายุ,2563) ดังนี้

ครั้งที่	สัปดาห์ที่	เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เอกสารคู่มือ
1	1	3ชม.	เพื่อทบทวน วิเคราะห์ตนเองในเรื่อง จุดเด่น จุดด้อย โอกาสในการพัฒนา และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาตนเอง รวมถึงบทบาทหน้าที่ลักษณะของงานของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	<b>ขั้นตอนที่ 1</b> การขจัดเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้พลัง โดยการจัดกิจกรรม"รู้จักฉันรู้จักเธอ1" ประกอบด้วย 1.กิจกรรมละลายพฤติกรรมใช้เวลา 15 นาที 2.ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ใช้เวลารวม 20 นาที 3. แบ่งกลุ่มเป็น5 กลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านมา วิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย โอกาส และปัญหาอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ใช้เวลา 1 ชม. 4.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบการให้รางวัลหรือค่าตอบแทนที่ผ่านมา และบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนนำเสนอ ใช้เวลา 40 นาที 5.ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม นำเสนอสถานการณ์ผู้สูงอายุและสะท้อนข้อมูลที่เป็นจริง และนัดหมายครั้งต่อไป ใช้เวลา 45 นาที	-ใบงาน -เพลงประกอบกิจกรรม -power point
2	2	3ชม.	เพื่อวางแผน ตั้งเป้าหมาย และการสร้างคุณค่าในงานร่วมกัน	<b>ขั้นตอนที่ 2</b> เทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ การบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยการร่วมกันวางแผน ตั้งเป้าหมาย การสะท้อนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การยกตัวอย่างกรณีผู้สูงอายุที่ดูแลแล้วประสบ	-ใบงาน -เพลงประกอบกิจกรรม -power point

ผลสำเร็จ การเสริมแรง การเพิ่มคุณค่าในงาน โดย  
ดำเนินกิจกรรม "เรื่องเล่าเราพลัง" ดังนี้

1. กิจกรรมสนทนาการ ชี้แจงกิจกรรมและ  
เป้าหมายในครั้งนี้ ใช้เวลา 10 นาที

2. ทบทวนสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมการ  
เสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที

3. ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม "เรื่องเล่าเราพลัง"  
ยกตัวอย่างกรณีผู้สูงอายุที่ดูแลแล้วประสบผลสำเร็จ  
สะท้อนผลการดำเนินงานที่มา การรู้สึกคุณค่าในงาน  
คนละ 1 กรณี รวมเวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

4. กิจกรรมวางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกันโดย  
กำหนดบทบาทหน้าที่และเป้าหมายที่อยากทำให้ได้  
และอยากเรียนรู้เพิ่มเติม รวมเวลาทั้งหมด 40 นาที

ครั้งที่	สัปดาห์ที่	เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เอกสารคู่มือ
3	3	5 ชม. 30 นาที	เพื่อสร้างการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	<b>ขั้นตอนที่ 3</b> สร้างการรับรู้ความสามารถของตน โดย การร่วมกันออกแบบวางแผน การไปสู่จุดหมาย การ เรียนรู้ประสบการณ์จากผู้อื่น การมุ่งใจด้วยวาจา และการกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยเหตุการณ์จำลอง	-ใบงาน -เพลงประกอบ กิจกรรม -power point
				ด้วยกิจกรรม “เราทำได้ ใจเต็มร้อย” กิจกรรมดังนี้ 1. กิจกรรมสนทนาการ ชี้แจงกิจกรรมและ เป้าหมายในครั้งนี้ ใช้เวลา 10 นาที 2. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ใช้เวลา 20 นาที 3. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้สูงอายุที่พบบ่อยและหลักการปฏิบัติในการ ดูแล ประกอบด้วย 1. การประเมินสัญญาณชีพ 2. การทำแผลกดทับ 3.การจัดทำสำหรับผู้สูงอายุติด เตียงป้องกันแผลกดทับ 4.การบริหารข้อต่างๆ 5. การฝึกเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน 4 ขาและไม้เท้าปุ่ม เดียว 6.การให้อาหารทางสายยาง 7.การดูแลสาย สวนปัสสาวะ 8.การดูดเสมหะ พร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ซักถาม ใช้เวลารวม1ชั่วโมง 30 นาที 4.ฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับจำนวน 8 เรื่อง โดย ให้ดูการสาธิตพร้อมกันทีละเรื่อง แล้วแบ่งกลุ่มเดิม ในการฝึกปฏิบัติรวมเวลา 3 ชั่วโมง10 นาที 5.แจกใบงานให้แต่ละคนกำหนดเป้าหมายและ วางแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง กำหนดวันที่ เวลาเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 วัน ตั้งแต่	-คู่มือแนวทาง การอบรมฟื้นฟู Caregiver8 ชม. (สำนักอนามัย ผู้สูงอายุ ,2563)

				สัปดาห์ที่ 4-15 ผู้วิจัยวางแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 30 นาที	
4	4-15	1ชม . ต่อครั้ง	เพื่อให้กลุ่มทดลอง สามารถปฏิบัติภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงตามสภาพปัญหาได้	<p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการสังเกต ติดตาม และร่วมประเมินผลทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มทดลองออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุตามแผนที่วางไว้ 1ชม. /1ครั้ง/สัปดาห์</li> <li>2. ผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มทดลองทุกสัปดาห์โดยจะหมุนเวียนมาครบคนเดิม ทุก 2 สัปดาห์ ตามแผนที่วางไว้ ขณะเยี่ยมบ้านติดตามการปฏิบัติภารกิจ การดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาที่พบ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคขณะเยี่ยมบ้าน ชมเชยให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง</li> <li>3. กรณีที่กลุ่มทดลองปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องหรือเกิดความไม่มั่นใจ ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจโดยการให้กลุ่มทดลองที่ปฏิบัติทักษะได้ถูกต้องร่วมช่วยเหลือออกเยี่ยมบ้านด้วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ผู้วิจัยให้คำชมเชยและแรงเสริมทางบวก</li> <li>4. ผู้วิจัยสรุปผลการประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และให้กลุ่มทดลองนำเสนอปัญหาอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ</li> </ol>	-แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน -แบบประเมินทักษะการปฏิบัติกรในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง
ครั้งที่	สัปดาห์ที่	เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เอกสาร/คู่มือ
				<p><b>แผนการติดตามเยี่ยมดังนี้</b></p> <p>สัปดาห์ที่ 4,7,10,13 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง คนที่ 1-10</p> <p>สัปดาห์ที่ 5,8,11,14 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง คนที่ 11-20</p> <p>สัปดาห์ที่ 6,9,12,15 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง คนที่ 21-30</p>	



5	16	1 ชม. เพื่อประเมินผล 30 พ ฤ ตี ก ร ร ม นาที่ ป ร ะ ก อ บ ดั ว ย ความรูู้ ทัศนคติ และ ทั ก ษ ะ ที่ เกิดขึ้น	กิจกรรมขั้นที่ 5 พฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังได้รับ โปรแกรมครบ 15 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบเข้าร่วมประชุมตามนัดหมาย กิจกรรม ดังนี้ 1.กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถาม เรื่องความรูู้ ทัศนคติ และทักษะ เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 2.ผู้วิจัยเฉลยแบบสอบถามเรื่องความรูู้ ทักษะ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในส่วนทัศนคติเกี่ยวกับ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 3.ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทั้ง2กลุ่มได้สอบถาม ประเด็นข้อสงสัยต่างๆ จากนั้นกล่าวขอบคุณผู้ร่วม วิจัยทั้ง 2 กลุ่ม	แบบสอบถาม เรื่องความรูู้ ทัศนคติ และ ทักษะ ในการ ดูแล ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติด เตียง
---	----	---	--	---

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ความรูู้ ทัศนคติและทักษะ ของกลุ่มผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ซึ่งสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out ) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยบุคคล จำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบทดสอบความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เป็นแบบมาตราอันตรายภาค (Interval Scale) จำนวน 20 ข้อ โดยเป็นการตอบคำถามลักษณะ ใช่ หรือ ไม่ใช่ หากคำตอบถูกต้องจะได้รับ 1 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามทัศนคติในการผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเป็นแบบมาตราอันดับ (Ordinal Scale) จำนวน 23 ข้อ โดยเป็นการตอบคำถามตามระดับความคิดเห็นคือ

**คำถามทัศนคติเชิงบวก**

เห็นด้วยน้อยที่สุด	ได้รับ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้รับ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้รับ 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้รับ 4 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ได้รับ 5 คะแนน

**คำถามทัศนคติเชิงลบ**

เห็นด้วยน้อยที่สุด	ได้รับ 5 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้รับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้รับ 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้รับ 2 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ได้รับ 1 คะแนน

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 8 ข้อหลัก 23 ข้อย่อย โดยเป็นประเมินตามทักษะที่ผู้ป่วยปฏิบัติ คือ

พอใช้	ได้รับ 1 คะแนน
ปานกลาง	ได้รับ 2 คะแนน
ดี	ได้รับ 3 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้านผู้สูงอายุ เกษีกรชำนาญการพิเศษ และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมเป็น Care manager ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.91 และการตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ส่วนที่ 2,3 และ4 ได้เท่ากับ 0.84,0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่ 005/2564 (ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ.2564) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการเก็บชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ และจะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลง จะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

##### ขั้นเตรียมการ

1. เสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเตรียมเสนอผ่านคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และจริยธรรม
  2. ทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเตรียมพบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
  3. ประสานงานติดต่อเพื่อทำหนังสือขออนุญาตขอใช้พื้นที่ในการทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ และชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
  4. เตรียมทีมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้
- 1) เป็นบุคลากรวิชาชีพพยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขวุฒิการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

2) ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านติดเตียง อย่างน้อย 2 ปี

5. ผู้วิจัยฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์การ คัดเข้าและการคัดออกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เอกสารแบบฟอร์มแสดงความยินยอม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและ การเก็บข้อมูล วิธีการใช้และการประเมินเครื่องมือวิจัยแต่ละชุด และบทบาทของผู้ช่วยวิจัย

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการดังนี้

1. การประสานงานเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงม่วนเพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเองและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กิจกรรมที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมในงานวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการทำ วิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้ กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างในการวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล จากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการวัดความรู้ ทักษะคิด ทักษะก่อนและหลังการอบรม และเริ่มดำเนินการวิจัยตาม โปรแกรมโดยใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง กันยายน 2564

5. เก็บบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ก่อนการวิจัย และหลังการวิจัยครบ 6 เดือน นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความรู้ ทักษะคิด และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่ Paired t-test และใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

#### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				

ชาย	1	3.33	1	3.33
หญิง	29	96.67	29	96.67
<b>อายุ (ปี)</b>				
$\bar{X} \pm S.D$		54.60 $\pm$ 9.47		51.83 $\pm$ 11.28
<b>สถานภาพ</b>				
โสด	3	10.00	2	6.67
สมรส	23	76.67	23	76.67
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	13.33	5	16.66
	<b>ลักษณะทั่วไป</b>	<b>ลักษณะทั่วไป</b>	<b>กลุ่มทดลอง (n=30)</b>	
		<b>จำนวน</b>	<b>ร้อยละ</b>	<b>จำนวน</b>
				<b>ร้อยละ</b>
<b>การศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	7	23.33	7	23.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.00	7	23.33
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	15	50.00	14	46.67
ปริญญาตรี	2	6.67	2	6.67
<b>อาชีพ</b>				
ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ	3	10.00	2	6.67
รับจ้างทั่วไป	6	20.00	7	23.33
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	1	3.33	2	6.67
เกษตรกร	20	66.67	19	63.33
<b>รายได้ครอบครัว</b>				
น้อยกว่า 4,999 บาท	16	53.33	18	60.00
5,000 - 9,999 บาท	11	36.67	10	33.34
10, 000 -14,999 บาท	1	3.33	1	3.33
15,000 บาทขึ้นไป	2	6.67	1	3.33
<b>โรคประจำตัว</b>				
ไม่มีโรคประจำตัว	17	56.67	20	66.67
มีโรคประจำตัว	13	43.33	10	33.33
<b>ประสบการณ์ทำงานเป็นCaregiver (ปี)</b>				
น้อยกว่าเท่ากับ 5 ปี	2	6.67	4	13.33
มากกว่า5 ปี	28	93.33	26	86.67

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.67 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50 – 59 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 76.67 เท่ากัน ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 50 และ 56.67 ตามลำดับ ด้านอาชีพพบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 6.67 และ 63.33 นอกจากนี้รายได้อยู่ในช่วงน้อยกว่า 4,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.33 และ 60 ตามลำดับ ด้านสุขภาพร่างกายพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.67 และ 66.67 ตามลำดับ ประสิทธิภาพการทำงานส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.67 และ 56.66 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เปรียบเทียบ ก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
<b>คะแนนความรู้</b>					
ก่อนการทดลอง	13.23	1.33	13.37	1.63	0.059 <sup>a</sup>
หลังการทดลอง	18.60	0.88	13.23	1.43	0.013 <sup>a</sup>
	<i>p</i> <0.001 <sup>b</sup>				
<b>คะแนนทัศนคติ</b>					
ก่อนการทดลอง	3.99	0.50	3.87	0.50	0.928 <sup>a</sup>
หลังการทดลอง	4.04	0.53	3.88	0.51	0.230 <sup>a</sup>
	<i>p</i> <0.05 <sup>b</sup>				
<b>คะแนนทักษะ</b>					
ก่อนการทดลอง	5.73	1.23	5.70	1.24	0.911 <sup>a</sup>
หลังการทดลอง	9.28	1.42	5.73	1.23	<0.001 <sup>a</sup>
	<i>p</i> <0.001 <sup>b</sup>				

<sup>a</sup>เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้โปรแกรม, <sup>b</sup>เปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

จากตารางที่ 2 หลังการอบรมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น จากก่อนทดลอง  $13.23 \pm 1.1.33$  คะแนน เป็น  $18.60 \pm 0.88$  คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบว่าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ด้านทัศนคติหลังการอบรมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีเพิ่มขึ้น  $3.99 \pm 0.5$  คะแนน เป็น  $4.04 \pm 0.53$  คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านทักษะหลังการอบรมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะเพิ่มขึ้น จากก่อนทดลอง  $5.73 \pm 1.23$  คะแนน เป็น  $9.28 \pm 1.42$  คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบว่าเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

## อภิปรายผล

1.ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และ ทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

1.1 ความแตกต่างคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนความรู้ที่มีความแตกต่างมากที่สุด 3 อันดับ คือ ความรู้เรื่องแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง และการพลิกตะแคงตัว ตามลำดับ ซึ่งในการวัดคะแนนความรู้เป็นการวัดหลังจากการใช้โปรแกรมฯครบ 15 สัปดาห์ ผ่านการได้รับความรู้จากการบรรยายในช่วงสัปดาห์ที่ 3 มีการซักถามประเด็นที่สงสัย จากนั้นได้รับการสาธิตย้อนกลับกับสถานการณ์จำลอง นำสู่การเยี่ยมบ้านตามแผนการเยี่ยมซึ่งมีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ได้รับความรู้มา ส่งผลให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ความแตกต่างคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทัศนคติที่มีคะแนนแตกต่างมากที่สุด 3 อันดับ คือทัศนคติต่อการรับฟังปัญหาจากผู้สูงอายุที่ระบายความในใจ ทัศนคติในการรับฟังผู้สูงอายุที่มักจะพูดแต่เรื่องในอดีต และทัศนคติมุมมองในความคิดว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเพราะการที่ผู้สูงอายุแก่ตัวลงมีแต่จะเสื่อมถอย และทรมาน แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงต่อทักษะการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา จึงนำสู่กิจกรรมของโปรแกรมที่ได้มีการจัดละลายพฤติกรรม มีการพูดคุย วิเคราะห์ตัวเอง หาจุดเด่น จุดด้อย โอกาสพัฒนา ปัญหาอุปสรรคต่างๆ รวมถึงการเล่า “เรื่องเล่าเร้าพลัง” ของแต่ละคน เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-3 ซึ่งได้ให้ความสำคัญ ใช้เวลาค่อนข้างมากสำหรับการเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก มุมมองความคิด ทัศนคติเชิงบวกเชิงลบที่เกิดขึ้น จากนั้นได้มีการปรับมุมมองความคิดโดยมีสถานการณ์จากเรื่องเล่า ให้ร่วมกันวิเคราะห์ความรู้สึกต่างๆ รวมถึงการได้ออกเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเจอกับสภาพจริงของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่มีครอบครัวคนมาเยี่ยม อยากเล่า อยากคุยด้วย ประเมินให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามแบบประเมินทัศนคติให้เห็นความแตกต่างไปในระดับที่ดีขึ้นเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมในภาพรวม จึงพบว่าทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ความแตกต่างคะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะที่มีความแตกต่างมากที่สุด 3 อันดับ คือ ความรู้เรื่องผลกตทัพบการให้อาหารทางสายยาง และการพลิกตะแคงตัว ตามลำดับเชื่อมโยงกับความแตกต่างของรายด้านความรู้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้ นำสู่การปฏิบัติด้านทักษะดังกล่าว เมื่อมีการจัดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 ในการให้ความรู้ด้วยการบรรยาย จากนั้นมีการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จำลอง ซึ่งไม่สามารถประเมินได้ว่าทักษะที่ฝึกกับผู้สูงอายุได้จริง จึงมีการจัดแผนการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4-15 โดยผู้วิจัยได้หมุนเวียนลงเยี่ยมติดตาม เสริมพลังอำนาจให้เกิดความมั่นใจอย่างใกล้ชิด มีการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำเป็นรายคนจนเกิดความมั่นใจ จากนั้นจึงมีการประเมินผลทักษะในสัปดาห์ที่ 16 จึงเห็นถึงความแตกต่างของทักษะที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาราทิพย์ ไชยวุธ และคณะ (2563) ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเชื้อสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยทั้งนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างอสม. ร้อยละ 42 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 2-3 ปีจึงส่งผลให้มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการจัดทำได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา เพ็งแสงยม (2558) ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่การศึกษาดังกล่าวได้ค้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

2.เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และ ทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ความแตกต่างคะแนนความรู้ ทักษะ และ ทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มก่อนการทดลองมีคะแนนความรู้ที่ใกล้เคียงกันมากจนเปรียบเทียบความแตกต่างไม่ได้ ซึ่งพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับความรู้จากการอบรม 70 ชั่วโมงมา ซึ่งส่วนใหญ่จากข้อมูลทั่วไปจะเห็นว่าผ่านการอบรมในปี 2559 (มากกว่า 5 ปี) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมากถึงร้อยละ 66.67 และ 56.66 ตามลำดับ

2.2 ความแตกต่างคะแนนความรู้ และ ทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่าด้านความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.05$ ) ส่วนด้านทักษะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งพบว่าเมื่อพิจารณารายข้อ จะเห็นถึงความแตกต่างของทุกข้อของความรู้ เชื่อมโยงสู่ทักษะในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จึงแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะ อย่างน้อยทุก ๆ 5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมัย บุญเลิศและคณะ(2559) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังศรีวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีการศึกษา 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยรวมร้อยละ 78.6

สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา เพ็งแสงเยี่ยม.(2560) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน พบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

2.3 ความแตกต่างคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างซึ่งแสดงให้เห็นถึงพื้นฐานด้านทัศนคติที่ดีต่อการเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ของทั้ง 2 กลุ่มซึ่งมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ มุมมองที่ดี ส่งผลต่อทัศนคติที่ดีทั้งก่อนเข้ารับโปรแกรมและหลังการทดลอง จึงแสดงให้เห็นได้ว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้สมัครใจเข้ามาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงตั้งแต่แรก ตามเกณฑ์และผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง จากนั้นได้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามการมอบหมายงานและการกำกับดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข (Care Manager) ส่งผลให้เกิดความผูกพันในงาน ผูกพันต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของณปภัช สิงห์เถื่อน และคณะ (2561) ซึ่งพบว่า แรงจูงใจในการเข้ามาทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง เกิดจากปัจจัยร่วม ที่สำคัญ 4 ประการ เรียงตามลำดับดังนี้ 1) ต้องการหารายได้ 2) มีความชอบในการดูแล(สูงถึงร้อยละ 72.2) ผู้ดูแลมีความชอบที่จะดูแลผู้สูงอายุเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุ นึกถึงบิดา มารดาของตนเอง เข้ามาทำงานเป็นผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในความตั้งใจในการดูแล บิดามารดา บางรายบิดามารดาเสียไปแล้ว เกิดความรู้สึกที่ดีได้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องการให้ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ไม่เกิดอาการเจ็บป่วยแทรกซ้อน 3) มีความผูกพันอันเนื่องมาจากเดิมผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างเป็นแม่บ้านหรือทำงานบ้านมาก่อน เมื่อผู้สูงอายุ เกิดความเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแล มีความต้องการผู้ที่จะเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ ด้วยสถานการณ์และมีความผูกพัน กับผู้สูงอายุจึงเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) ต้องการความรู้และประสบการณ์ผู้ดูแลต้องการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ โดยนำความรู้ไปใช้ในการดูแลญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง รวมถึงต้องการความรู้และมีประสบการณ์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุรายอื่นที่มีความซับซ้อน ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนที่ต้องการการดูแลมากขึ้น รายได้ที่ได้รับในการดูแลผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน 5) ความพึงพอใจในงานการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ดังนั้นโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจนี้ตามแนวทางของ Conger and Kanungo (1988) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน โดยได้ประยุกต์ให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้รายกลุ่ม รายบุคคลในการพัฒนาศักยภาพ มีการฝึกปฏิบัติการสาธิตย้อนกลับ การเสริมแรงทางบวก คอยให้คำปรึกษาในบทบาทพี่เลี้ยงขณะเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถตนเอง จะส่งผลต่อระดับความรู้ และทักษะที่ดีในการนำไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รองรับสังคมเมืองผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการเป็น Care Manager ได้นำโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ตามแนวทางของ Conger and Kanungo (1988) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมในการอบรมตามหลักสูตรฟื้นฟูความรู้ตามคู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver 18 ชั่วโมง( สำนักอนามัย



ผู้สูงอายุ,2563)ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) ในชุมชน เพื่อให้มีศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามประเมินผลด้านทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

- ธาราทิพย์ ไชยวุธ, ศิวพร อังวัฒนา, เดชา ทำดี.(2563)ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร.เชียงใหม่. ฦภักช สึงห์เถื่อน สุปรีดา มั่นคง, ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม,2561 กิจกรรมการดูแลแรงจูงใจในการดูแลและความพึงพอใจในงานของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน วารสารสภาการพยาบาล ปีที่33, ฉบับที่ 3 (ก.ค.-ก.ย. 2561), หน้า 99-113.
- พิศสมัย บุญเลิศ,เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์.ศุภวดี แถวเพ็ญ .(2559)การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชงวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด.สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7.ขอนแก่น.
- ปภาสินี แซ่เตี๋ย, ชไมพร จินต์คนาพันธ์, ศรารุช เรืองสวัสดิ์, ธนิตา ทีปะบาล.( การศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี.วารสารพยาบาลทหารบก
- ภาสกร สนวนเรือง.(2561 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12:437-51.
- วิภา เพ็งเสงี่ยม.(2558) โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะลมอมเงื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน .วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา
- วิภา เพ็งเสงี่ยม.(2560) การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559:83-95.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). สุขภาพคนไทย2562. (พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์,ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากรและ บวรศม ลีระพันธ์. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว(Long term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.
- สัญญา ยีอราน, และ ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์จิตร. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในระบบสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่1). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี.

สืบค้นเมื่อ 27 มี.ค. 64, จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/plan20year8sep2016.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan20year8sep2016.pdf)

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2563) คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver ฟื้นฟู 18 ชั่วโมง) พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ.ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี .วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก, 36(3), 46-64.

Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). *The empowerment process: Integrating theory and practice*. Academy Management Review, 13(3): 471-482.

National Health Security Office.( 2016) *The manual of long term care for the dependent elderly in community (Long term Care) under universal health coverage scheme, Fiscal year*. Bangkok: National Health Security Office.

Pompakdee T, Sasat S. (2012).*Caregiver in Thailand*. In: (editor). Sasat S., editor. Formal care giver and the direction of quality assurance in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House;

Williams AP, Peckham A, Kuluski K, Montgomery R, Morton F, Watkins J. *Formal and Informal Care for Older Persons: Assessing the Balance in Ontario* [Internet]. 2010 [cited 2016 November 5]. Available from: [https://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/balancecare/HMRU\\_caregiver\\_report\\_2010.pdf](https://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/balancecare/HMRU_caregiver_report_2010.pdf)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี