ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จารุวรรณ พันธ์ประทุม, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, e-mail; jaruwanppt13@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 35 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1)แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2)แบบประเมินทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3)แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล แบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ฉบับหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประเมินดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่า ทั้ง 3 ชุด มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์มากกว่า .67 ทุกข้อ ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 ได้ .66 หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค ได้เท่ากับ .78 และ .84 ตามลำดับทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และสถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการศึกษา พบว่าความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาครั้งนี้ เสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อใช้ในการวางแผนดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, หน่วยบริการปฐมภูมิ

วันที่รับ (received) 5 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 มิ.ย. 2566

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน ISSN 2822-034X (Online)

Effects of Health Promotion Program for Older People on Knowledge and Aged Care Skills of Caregivers in Primary Care Units, Mueang District, Suratthani Province

Jaruwan Phanpratum, Community Nursing Departing, Suratthani Hospital,
e-mail; jaruwanppt13@gmail.com

Abstract

This quasi-experiment with one-group pretest-posttest design aimed to compare levels of knowledge and aged care skills of caregivers between before and after receiving health promotion program for older people in primary care units, Mueang district, Suratthani province. The sample was 35 older people caregivers of primary care units, Mueang district, Suratthani province and was selected by purposive sampling method. Research instrument was health promotion program for older people, which was validated by a panel of 3 experts, yielding the highest level of suitability. Data were collected through a set of questionnaires including 1) knowledge test regarding heath care for older people, 2) aged care skills assessment questionnaire, and 3) caregivers' satisfaction questionnaire. All questionnaires were confirmed for content validity by a panel of 3 experts, yielding item objective congruence (IOC) index more than .67 of all items. Reliability of knowledge test regarding heath care for older people was .66 as tested by Kuder-Richardson-21. Reliability of aged care skills assessment questionnaire and caregivers' satisfaction questionnaire was tested by Cronbach alpha coefficient, yielding a value of and .78 และ .84 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, and paired t-test.

Research results revealed that knowledge and aged care skills of caregivers after receiving health promotion program for older people in primary care units, Mueang district, Suratthani province was significantly higher than that of before (*p= .001*).

From findings of this study, it is recommended that healthcare stakeholders including healthcare providers and caregivers could utilize health promotion program in to provide knowledge and health promotion skill for caregivers leading to older adults to receive more quality care or older people as well as information for the executives of primary care units in planning for further improvement of quality of life for older people.

Keyword: Health Promotion Program, Older People, Primary Care Units

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 7,633 ล้านคน เป็นประชาชนผู้สูงอายุจำนวน 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และสามารถคาดการณ์จำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,200 ล้านคน(Thai Ageing Research and Development Foundation, 2018) และประชากรในจำนวนนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,100 ล้านคน ประชากรทั้งหมดในอาเซียนมี 654 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุเป็นจำนวน 67 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าปัจจุบันอาเซียนได้เป็นสังคมสูงอายุแล้ว (Ageing Society) (Thai Ageing Research and Development Foundation, 2018) ประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุไปแล้ว 4 ประเทศ คือ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย และคาดการณ์ว่าประเทศที่จะตามมาในลำดับต่อไปคือประเทศเมียนมาร์ และอินโดนีเซีย ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกับสถานการณ์การเพิ่มจำนวนของประชากรทั่วโลก โดยในปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด (Research and Thai Elderly Foundation, 2017) ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาที่ทางเศรษฐกิจและสังคม (Khamsuchart, 2016) ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอาจจะเป็นอุปสรรคในการพัฒนา ส่วนทางสังคมโดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุข การเพิ่มของประชากรสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความต้องการการได้รับการดูแลเพิ่มตามไปด้วย และเกินกว่าการให้บริการทางสุขภาพของประเทศไทย ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพของประเทศไทยจะมีการดำเนินการก้าวหน้าไปมากกว่าด้านอื่น ๆ แต่ก็ยังไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ เพราะคนยิ่งอยู่นานยิ่งเจ็บป่วยทุพลภาพเพิ่มขึ้น (Prachubmeae, Chayowan, Wongsit, Siriboon, Suwanrada, Phosiri, & other, 2011) กระทรวงสาธารณสุข (Public Health Ministry, 2015) กล่าวถึงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะจำกัดไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ 4.8 เจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง ต้องการผู้ดูแล ร้อยละ 10และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหมายความว่าจะเกิดปัญหาการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกิน 60 ปี เกือบเท่ากับ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด (Thai Ageing Research and Development Foundation, 2018) ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่พบเป็นปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้องรัง ส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 1.5 ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ต้องการคนดูแลอย่างต่อเนื่อง (Khamsuchart, 2016) จึงเป็นภาระหลักต่อครอบครัวที่ต้องดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2005) จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ การหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการเดิน สติปัญญาเสื่อมถอย เบื่ออาหาร ปัสสาวะอุจาระราด จากการเจ็บป่วยเหล่านี้ผู้สูงอายุอาจต้องประสบภาวะทุพพลภาพทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือมีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วจะเกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทำให้ปัญหาต่าง ๆ ทวีความรุนแรงมากขึ้น การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย และโรคเรื้อรังยากที่จะรักษาให้หายได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลย่างต่อเนื่องและต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น

ด้วยสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (National Health Security office, 2014) โดยมีนโยบายเร่งดำเนินการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสอดประสานกับการดูแลผู้สูงอายุโดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีรายงานติดตามประเมินผลการดำเนินงานแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2550-2554 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมรวมถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดได้ (Research and Thai Elderly Foundation, 2017) บทบาทของผู้ดูแลจึงมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม กระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวของผู้ดูแลรวมถึงความขัดแย้งในการแบ่งเวลาทำหน้าที่หลายอย่างพร้อมกัน จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า บริบทการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นการดูแลผู้สูงอายุแบบรายบุคคล เพราะแต่ละคนมีความต้องการหรือบริบทที่แตกต่างกัน (Eamsamai, Mhuansit & Thongmag, 2010) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุในทุกด้านประสบการณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wutikorn, Wirunrach, & Suwanbon (2015) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สมรรถนะหลักของผู้ดูแลด้านต่าง ๆ สมรรถนะหน้าที่และสมรรถนะ การจัดการในการดูแลผู้สูงอายุเช่น การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ผู้นำ ความสามารถในการจัดการ ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้

ปี พ.ศ. 2564 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตอำเภอเมือง มีผู้สูงอายุ จำนวน 25,954 คน ในการดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ที่ผ่านมาได้ดำเนินการโดยกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรวมทั้งการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวยังคงต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและต้องมีการทบทวนทุกปี เพื่อทบทวนความรู้ และการปฏิบัติแก่ผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลัก จึงได้ศึกษาปัญหาและได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งเป็นแบบอย่างของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

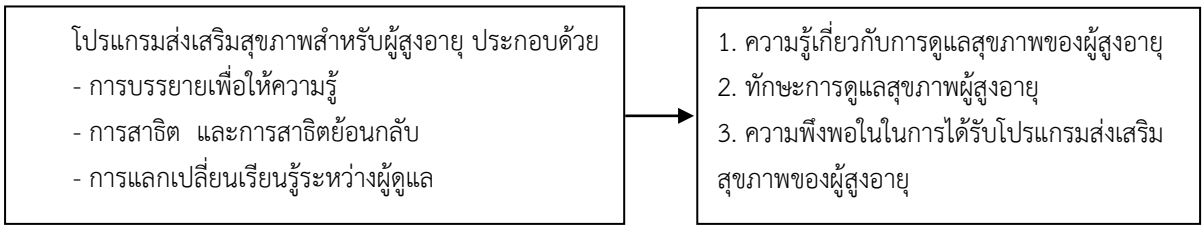
เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะมีระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวความคิดของวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุและมีวิธีการดำเนินการจัดกิจกรรมด้วยการบรรยาย การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุด้านทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ การขับถ่าย การใช้ยาในผู้สูงอายุ และการจัดสภาพแวดล้อมแก่ผู้สูงอายุ



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว (one-group pretest-posttest design) วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 25,954 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องด้วยมีผู้ดูแลหลักมีความสนใจและต้องนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 35 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน
2. ผู้ดูแลที่เคยได้รับการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานสาธารณสุขมากกว่า 1 ปี
3. สามารถอ่านออก เขียนหนังสือภาษาไทยได้

โดยมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลไม่ต่อเนื่อง
2. เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล เนื้อหา

ประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุด้านทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ การขับถ่าย การใช้ยาในผู้สูงอายุ และการจัดสภาพแวดล้อมแก่ผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบถูก ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 และหากตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 จากนั้นนำค่าคะแนนมารวมกันได้คะแนนรวม 20 คะแนน มีการแบ่งระดับค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-6.66 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 6.67-13.33 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนอยู่ระหว่าง 13.34-20 หมายถึง ความรู้ระดับสูง

2.3 แบบประเมินทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การรับประทานยา รวม 20 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณา 3 ตัวเลือก ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ หากไม่เคยปฏิบัติ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 0 ปฏิบัติบางครั้ง ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 2 จากนั้นนำค่าคะแนนมารวมกันได้คะแนนรวม 40 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลค่าคะแนน โดยพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 0-13.33 หมายถึง มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำ

คะแนนอยู่ระหว่าง 13.34-26.67 หมายถึง มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 26.67-40.00 หมายถึง มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูง

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ประกอบด้วยรายการข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวม 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้ค่าคะแนนระดับมากที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 ระดับมาก ค่าคะแนนเท่ากับ 4 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 3 ระดับน้อยให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2 และระดับน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1
จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาค่าเฉลี่ย พิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.37-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดำเนินการหาคุณภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 2 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) มีความหมายดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาะสมระดับมาก ให้ 4 คะแนน

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาสะระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาะสมระดับน้อย ให้ 2 คะแนน

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาะสมระดับน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

เมื่อได้แบบประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน แล้ว นำค่าคะแนนที่ได้มารวมกันและหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ช่วงของคะแนน (Best, 1977)

คะแนนระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีความเหมาะสมระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง มีความเหมาะสมระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.37-5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมระดับมาก

ผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ พบว่า มีค่าคะแนนเท่ากับ 4.35 หมายความว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาะสมระดับมาก

2. เครื่องมือมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำน้ำหนักในแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ถ้าดัชนีความสอดคล้องรายข้อมากกว่า 0.5 ถือว่าข้อคำถามข้อนั้นสามารถนำไปใช้ได้ แต่ถ้าดัชนีความสอดคล้องรายข้อน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ พบว่ามีค่าคะแนนรายข้อมากกว่า .66 ขึ้นไปทุกรายการ

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน-21 เท่ากับ .66 การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (α Cronbach Coefficient) ได้ เท่ากับ .78 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม-28 กุมภาพันธ์ 2564 ดังนี้

ขั้นก่อนดำเนินการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด นัดหมายตามกำหนดการ
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
3. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการให้โปรแกรมส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุด้านทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ การขับถ่าย การใช้ยาในผู้สูงอายุ และการจัดสภาพแวดล้อมแก่ผู้สูงอายุด้วยวิธีการบรรยาย และการแลกเปลี่ยนความรู้แบบมีส่วนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ที่ได้จากครั้งที่ 1 ด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนความรู้แบบมีส่วนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุด้านทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ การขับถ่าย การใช้ยาในผู้สูงอายุ และการจัดสภาพแวดล้อมแก่ผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อ 1 หลังคาเรือน เพื่อทบทวนความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นหลังการทดลอง

ทดสอบหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลแจงนับ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับ การศึกษา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และค่าคะแนนทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน (Dependent Samples t - test)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจริยธรรมหมายเลข REC 65-0035 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์การวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการได้รับโปรแกรม 4) การเก็บรักษาข้อมูลของผู้ดูแลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลในคอมพิวเตอร์ทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 3 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกล่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	34	97.14
ชาย	1	2.86

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (n=35)(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
อายุน้อยกว่า 35 ปี	11	31.43
อายุระหว่าง 35 - 40 ปี	7	20.00
อายุ มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	17	48.57
Mean = 39.43 , SD. = 4.75		
สถานภาพ		
โสด	3	8.57
คู่	20	57.14
หม้าย / หย่า	11	31.43
แยกกันอยู่	1	2.86
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.86
มัธยมศึกษาตอนปลาย	30	85.71
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	5.71
ปริญญาตรี	2	5.71
อาชีพ		
เกษตรกรรม	12	34.29
รับจ้าง	20	57.14
ธุรกิจส่วนตัว	3	8.57
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	6	17.14
ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท	-	-
ระหว่าง 10,000 – 15,000 บาท	26	74.29
มากกว่า 15,000 บาท	3	8.57

จากตาราง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.14 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.57 มีอายุเฉลี่ย 39.43 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 85.71 อาชีพรับจ้างร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 74.29

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=34)

รายการประเมิน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t-value	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล	13.18	2.61	16.97	1.19	7.57**	.00

*** p<.01*

จากตาราง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=34)

รายการประเมิน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t-value	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล	1.64	.23	1.87	.27	3.55**	.001

*** p<.01*

จากตาราง พบว่า ทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ความพึงพอในการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก (Mean=4.77, SD.= .36)

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยประยุกต์หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความแตกต่างจากหลักสูตรเดิมที่มีการบรรยาย และการฝึกทักษะ แต่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การดูวีดิทัศน์ การสาธิต และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับโดยมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในสถานการณ์จริง การพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื้อหาจะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุด้านทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ การขับถ่าย การใช้ยาในผู้สูงอายุ และการจัดสภาพแวดล้อมแก่

ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้อย่างหลากหลายที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะการบรรยายความรู้เพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้ดูแลหลักสนใจ และกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสูงขึ้น รวมทั้งผู้ดูแลมีความพึงพอใจในโปรแกรมฯ ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Robrujen (2016) ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการใช้กิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น การส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้ สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสันทนาการทำให้ความรู้เฉลี่ยของผู้ดูแลหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีความพึงพอใจในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. เสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ไปใช้ในการขยายผลเพื่อดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น

2. ผู้บริหารในหน่วยบริการปฐมภูมิควรวางแผนพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในระยะยาว เพื่อนำข้อมูลมาสร้างเสริมสมรรถนะให้คงอยู่ในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

รายการอ้างอิง

Best, J. W. (1977). *Research in education.* (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall Inc.

Eamsamai, S. Mhuansit, R., & Thongmag, R. (2010). An Elderly care model among caregiving volunteers at Phukrang Municipality, Amphur Praputthabat, Saraburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health,* 22(3), 77-87. (in Thai)

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

Khamsuchart. S (2016). Problem and health need of *Thai elderly*: The Proposed policy. *Public Health Academic Journal,* 26(6), 1156-1164.

National Health Security office. (2014). *Long Term Care of care in Community Manual in National Health Security office,* 2014 fiscal year. (in Thai)

Public Health Ministry. (2015). Strategy plan of Public Health Ministry*, 2015. Retrieved June 20, 2004,* from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/mophplan_2559_final_0.pdf

Prachubmeae, V., Chayowan, N., Wongsit, M., Siriboon, S., Suwanrada, V, Phosiri, V, & other. (2011). *Review and synthesis knowledge of* Thai Elderly

2000-2005. Bangkok: Research and Thai Elderly Foundation. (in Thai)

Research and Thai Elderly Foundation. (2017). *Situation of the Thai Elderly, 2017*. Retrieved June 20, 2004, from https://thaitgri.org/?p=38670 (in Thai)

Research and Thai Elderly Foundation. (2021). *Situation of The Thai Elderly, 2021*. Retrieved June 20, 2004, from https://thaitgri.org/?p=39772 (in Thai)

Robrujen, S. (2016). Development of the elderly care model for elderly caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province*. Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences,* 9(2), 57-69. (in Thai)

Srinonprasert, V. (2013). Guideline for geriatric syndromes. Bangkok: Brus Inaugus Ltd. (in Thai)

Thai Ageing Research and Development Foundation. (2018). *Thai ageing situation report,* 2018. Retrieved April 15, 2018, from https://thaitgri.org/?p=38670

Wutikorn, K., Wirunrach, B. & Suwanbon, I. (2015). Competency Development Pattern for Elderly Caregiver. Unpublished doctoral dissertation, Burapha University. Chonburi. (in Thai)