

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของญาติอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

จิตร มั่งมี*

*โรงพยาบาลนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีจำนวนมากและสถิติผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยทำให้มีสถานะภาพติดบ้านติดเตียงเพิ่มสูงขึ้นนั้น หากผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับการดูแลที่ดีก็สามารถดำรงชีวิตได้ดีตามอัตภาพมีสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจดีไม่ทุกข์ทรมานจากความเสื่อมถอยของร่างกายและไม่เป็นภาระของบุตรหลานผู้ดูแลมาก ผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง โดยใช้โปรแกรมจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมของญาติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 92 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 46 คน ที่ได้จากการคัดเลือกมาทั้งหมดตามจำนวนที่มีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.81 และแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง เก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.04 คะแนน ส่วนระดับความรู้ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.36 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.73 คะแนน ส่วนระดับพฤติกรรมกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 4.23 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภาวะพึงพาารุนแรงหลังการทดลองลดลงจาก 10 ราย เหลือ 6 ราย โดยใน 4 รายนี้ได้เปลี่ยนจากภาวะพึ่งพาารุนแรงเป็นพึ่งพาปานกลาง ทำให้หลังการทดลองมีผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น จำนวน 4 ราย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง, การมีส่วนร่วม, ญาติผู้ดูแล, โปรแกรมการจัดการการดูแลสุขภาพ

Article info:

Received: Dec 7, 2018

Revised: Feb 11, 2019

Accepted: Mar 29, 2019

Original article

Effects of health care for institutional care by participation of care giver, Na Yea District, Ubon Ratchathani Province

Jit Mangmee*

*Na Yea Hospital, Ubon Ratchathani Province

Abstract

Elderly have less self-help or self-help statistically, leading to higher bedside status. If these elderly people are well cared they can live in conventionally with good physical and mental health. Not suffering from a deterioration of the body and not a burden on the caregivers. The researcher studied the effects of health care for institutional care by the participation of care giver. This research using the program to care for the institutional care. Objectives are compare the knowledge and behavior of care giver in institutional care between the experimental group and the control group before and after the experiment. Comparison of institutional care in the experimental group and the control group before and after the experiment. Samples size of institutional care in Na Yea district Ubon Ratchathani there were 92 cases are in the experimental group 46 cases and 46 cases in the control group. The instruments used in the study were the elderly care management program for institutional care. The reliability are 0.80, 0.81 and institutional care assessment form. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Paired Sample t-test, and Independent t-test. Result of research the experimental group and the control group had a statistically significant difference at 0.001. After the experiment, the mean score was higher than the control group of 1.04. The experimental group and the control group after the experiment were significantly different at 0.001. The mean score of the experimental group was 3.73 points higher than the control group. The mean score after the experiment was 4.23 points compare between experimental before and after severe dependence symptoms was reduced from 10 to 6 and 4 cases of them severe to moderate dependent. After the experimental there were 4 cases with better health status.

Keywords: institutional care, participation, care giver, care management program



บทนำ

ปัจจุบันโลกของเรามีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 542 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงประมาณ 300 ล้านคน และผู้สูงอายุเพศชายประมาณ 242 ล้านคน ในอนาคตคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุในโลกโดยรวมจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้น และในปี ค.ศ. 2050 อัตราร้อยละของผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.4 ในขณะที่บางประเทศในเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากระดับสุดยอด (Super aged society) รองลงมาเป็นประเทศเกาหลีที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (ประโมทย์ ปราสาทกุล, 2556) เป็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นในทุกประเทศ ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น อัตราการเกิดน้อยลง อายุขัยของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของประชากรรวม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2548 เพราะตอนนั้นประเทศไทย มีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.4 คาดว่าในปี 2571 จะมีผู้อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 23.5 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในเวลาเพียง 20 ปี เท่านั้น ซึ่งถือว่าใช้เวลาน้อย (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ, 2558) ประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานี จากปี 2558-2560 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 226,848 คน 235,150 คน และ 244,132 คน ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ตีบ้น ตีบตึง จากปี 2558-2560 พบว่า ปี 2558 มีจำนวน 18,206 คน คิดเป็นร้อยละ 8.02 ปี 2559 มีจำนวน 17,692 คน คิดเป็นร้อยละ 7.52 และ ปี 2560 มีจำนวน 16,841 คน คิดเป็นร้อยละ 6.89 (สำนักงานสถิติ จังหวัดอุบลราชธานี, 2560) ประชากรผู้สูงอายุของอำเภออุบลราชธานี จากปี 2558-2560 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 2,536 คน 2,779 คน และ 3,283 คน ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึง จากปี 2558-2560 พบว่า ปี 2558 มีจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 5.67 ปี 2559 มีจำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 8.38 และ ปี 2560 มีจำนวน 345 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี 2560) จากสถานการณ์ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่ามีสถิติของผู้ป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึงอำเภอ

อุบลราชธานี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ส่วนตัวผู้สูงอายุ ตีบ้น ตีบตึงที่ยังขาดการดูแลสุขภาพของตนเองหรือดูแลสุขภาพของตนเองได้น้อยเพราะต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ จำเป็นจะต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้นเพราะยังขาดคนดูแล เนื่องจากคนดูแลต้องไปประกอบอาชีพ รวมถึงคนดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ และคณะ, 2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีความต้องการการดูแลภายในครอบครัวไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ ดังนั้น บุคคลในครอบครัวจึงต้องรับบทบาทของ “ญาติผู้ดูแล” ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึงที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพ การอบรมจึงเป็นการกระตุ้นญาติให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึง มีการศึกษาหลายการศึกษา พบว่าญาติที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาของอำเภออุบลราชธานี พบว่า มีนักบริบาลผู้สูงอายุออกเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุถึงที่บ้านภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ส่วนญาติให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึงตามวิถีชีวิต ตามความรู้ที่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือจากนักบริบาลประจำตัวผู้สูงอายุ ซึ่งญาติยังไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึงที่ถูกต้องยังไม่มีความพร้อมในองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึงอย่างเต็มที่

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุตีบ้น ตีบตึงในพื้นที่โดยเพิ่มกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ญาติในรูปแบบใหม่ โดยจัดหลักสูตรการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังตีบ้น ตีบตึงแก่ญาติและมีกิจกรรมให้นักบริบาล

(Caregiver) เป็นครู ก ผูกทักษะให้แก่ญาติอย่างสม่ำเสมอ หรือทุกครั้งในการออกเยี่ยมบ้าน เนื่องจากนักบริบาล (Caregiver) เป็นคนในพื้นที่เข้าใจบริบทของชุมชนดี มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับครอบครัวผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง จึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่จะก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงได้เป็นอย่างดี ลดภาวะการณเกิดโรคแทรกซ้อนกับผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความรู้ของญาติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของญาติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองและเพื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two Group Pre – Post Test Design) โดยโปรแกรมการวิจัยคือโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงที่ผู้วิจัยประยุกต์จากหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 3 วัน วันที่หนึ่งเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ วันที่สองเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงเบื้องต้น วันที่สามเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงและมีแผนการเยี่ยมบ้านของนักบริบาลในการเป็นครู ก ให้กับญาติผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างการวิจัยคือผู้สูงอายุจำนวน 46 คน และญาติผู้สูงอายุ จำนวน 46 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกมาทั้งหมดและมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่มีสติปัญญาสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนโครงการวิจัยเสร็จสิ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

แบบสอบถามความรู้ของญาติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตอบถูกตอบผิด นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1977) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมของญาติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตอบ น้อย ปานกลาง มาก นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1977) ส่วนแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อน ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบตามสภาพความสามารถทางร่างกายคะแนน 0-4 แล้วนำคะแนนมาแบ่ง 4 ระดับ ตามเกณฑ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 6 เดือน คือ ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample t-test ภายในกลุ่ม และสถิติ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง มีญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 49.1 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 65.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.6 มีอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 80.4 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 71.3 มีค่าเฉลี่ยของรายได้ 5,300 บาท ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงเป็นเวลามากกว่า 2 ปี ร้อยละ 43.4 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver) ร้อยละ 100 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้าน/ติดเตียง โดยเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.8 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ร้อยละ 67.3 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.8 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 63.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.6 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.2 มีอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 82.6 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 63.0 มีค่าเฉลี่ยของรายได้ 5,700 บาท ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง เป็นเวลามากกว่า 2 ปี ร้อยละ 47.8 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver) ร้อยละ 100 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง โดยเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.1 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 63.0

การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จากตาราง 1 พบว่า ระดับระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.23$ โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.47 คะแนน (95% CI=0.25-1.21) หลังการทดลองแล้วนั้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.04 คะแนน (95% CI=0.44-1.64)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง จากตารางที่ 2 พบว่าระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.36 คะแนน (95% CI=0.77-1.96)

การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง จากตาราง 3 พบว่า ระดับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง

ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.92$ โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.04 คะแนน (95% CI=0.83-0.92) หลังการทดลองแล้วนั้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.73 คะแนน (95% CI=3.03-4.43)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง จากตาราง 4 พบว่าระดับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.23 คะแนน (95% CI=3.54-4.93)

ระดับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองจากตาราง 5 พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงกลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีสภาวะไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ พึ่งพารุนแรง ร้อยละ 21.7 และน้อยที่สุดคือ อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 10.87 หลังการทดลองส่วนใหญ่มีสภาวะไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 58.7 รองลงมาคือ พึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 21.7 และน้อยที่สุดคือ มีสภาวะพึ่งพารุนแรง ร้อยละ 8.7 ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีสภาวะไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 52.2 รองลงมาคือพึ่งพารุนแรง ร้อยละ 19.6 และน้อยที่สุดคือ พึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 10.9 ส่วนผู้สูงอายุ และหลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือ พึ่งพารุนแรง ร้อยละ 21.7 และน้อยที่สุด คือพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 13.0 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภาวะพึ่งพารุนแรงหลังการทดลองลดลงจาก 10 ราย เหลือ 6 ราย โดยใน 4 รายนี้ได้เปลี่ยนจากภาวะพึ่งพารุนแรงเป็นพึ่งพาปานกลาง ทำให้หลังการทดลองมีผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น จำนวน 4 ราย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบความรู้ของญาติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.04 คะแนน และภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.36 คะแนน สอดคล้องกับ ช่อทิพย์ จันทรา (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงสำหรับนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการสอนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.24$; $p < 0.001$) (ธันมพร ทองลง, 2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี พบว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 95.5 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับดีมาก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตที่ดี (พิศสมัย บุญเลิศและคณะ, 2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมากขึ้น (สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, 2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.22$; $p\text{-value}<.001$)

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมของญาติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าระดับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงต่อการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ของ

กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.73 คะแนน และภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 4.23 คะแนน สอดคล้องกับ สุรัตน์ ตะภาและคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับดี สูงกว่าก่อนการพัฒนา (ยุวดี รอดจากภัย และคณะ, 2557) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 60.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.00 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 77.90 มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 17.20 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (พิศสมัย บุญเลิศและคณะ, 2559) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานระบบส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) (ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย, 2557) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพดีขึ้นจำนวน 4 ราย ซึ่งภาวะที่พบบ่อยหลังการทดลองลดลงจาก 10 ราย เหลือ 6 ราย โดยใน 4 รายนี้ได้เปลี่ยนจากภาวะที่พบบ่อยเป็นพึงพาปานกลาง ทำให้หลังการทดลองมีผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น จำนวน 4 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมผู้สูงอายุที่ป่วยติดบ้านติดเตียงมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลดลงจากการเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพาลดลง 2 รายกลายเป็น

พึงพารุนแรงเพิ่มขึ้น 1 ราย พึงพาลปานกลางเพิ่มขึ้น 1 ราย สอดคล้องกับ (จินตนา เดชบุรัมย์และคณะ, 2558) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในชุมชน พบว่า หลังการดำเนินการผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านและติดเตียงมีพัฒนาการด้านความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ต้องพึ่งพาคนอื่นลดลง จากร้อยละ 10 เป็น ร้อยละ 5 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ที่สามารถดูแลตัวเองได้แต่ไม่ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ลดลง จากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 22.5 และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติด เตียง กับกลุ่มติดสังคม พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.50 เป็น ร้อยละ 72.50 ($p=0.323$) อุไรรัชต์ บุญแท้และคณะ, 2560 ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้ การดูแลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.6 ช่วยเหลือตนเองในการดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ หลังได้รับการดูแลจากเครือข่ายชุมชนร่วมกับ ครอบครัวเสมือนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ($X=3.43, SD=0.42$) กว่าก่อนได้รับการดูแล ($X=3.26, SD=0.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (เชียง ภาชีต, 2559) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสมรรถภาพทางกาย ทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ความ พึงพอใจที่มีต่อการทำกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพสำหรับดีขึ้น มีอารมณ์สดชื่น แจ่มใสขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง แก่ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีสถานะสุขภาพดีขึ้น 4 ราย กลุ่มควบคุมมีสถานะภาพแย่ลง 2 ราย ดังนั้นควร ศึกษาเพิ่มเติมในพฤติกรรมส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมการ ได้รับการดูแลจากญาติใกล้ชิดระหว่างผู้ที่มีสถานะสุขภาพ คงเดิม ผู้ที่มีสถานะสุขภาพดีขึ้น และผู้ที่มีสถานะสุขภาพแย่ ลง ว่าแต่ละคนมีพฤติกรรมส่วนบุคคลอย่างไร ตั้งแต่ต้นจน ถึงเข้านอน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดโปรแกรมสรุปตารางชีวิต และทดลองใช้อีกครั้งกับกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

2. จากผลการวิจัย ถึงแม้คะแนนความรู้และคะแนน พฤติกรรมจะดีขึ้นก่อนการทดลองและมีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีข้อคำถามที่ยังมี คะแนนอยู่ในระดับน้อยหรือตอบไม่ถูกต้อง เช่น การแปรงฟัน ไม่จำเป็นต้องแปรงลิ้น การพลิกตัวให้ผู้ป่วย การรักษาฟัน เทียม การแปรงฟันที่ถูกต้อง เป็นต้น ดังนั้นควรมีการปรับ วิธีการจัดโปรแกรมจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังโดย เสริมกิจกรรมนอกจากจะมีการอบรมให้ความรู้ ควรมีการ ทบทวนหรือวิธีการย้อนกลับให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ตอบ คำถาม ชักถาม โดยมีกลวิธีให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วม มากที่สุด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถจดจำความรู้ต่างๆ ที่ได้รับจากการอบรมได้

3. จากผลการวิจัย ถึงแม้จะมีพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีคะแนน พฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ข้อคำถามส่วนใหญ่ มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ยังไม่อยู่ในระดับมาก ดังนั้นควรมีกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่เพิ่มสูงขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เช่นยกตัวอย่างบุคคล ตัวอย่างที่ปฏิบัติได้ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องแล้วส่งผลต่อสภาวะ สุขภาพให้ดีขึ้นได้ เป็นการโน้มน้าวจิตใจให้ผู้สนใจได้ปฏิบัติตาม

4. ควรคำนึงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมโปรแกรม การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง แก่ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงเกิดสภาวะ สุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตาม การเยี่ยมเสริมพลัง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การนำพาดิจิทัลกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ฝึกทักษะให้เป็นระยะ ๆ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง แก่ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกปัจจัยเสี่ยงหรือทุกพฤติกรรมเสี่ยง ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง แก่ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุกับมิติอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต การเกิดโรคต่างๆ ของ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

3. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ โปรแกรมการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติด เตียงแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพร่วมกันแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา เดชบุรีรัมย์และคณะ. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์.
- ช่อทิพย์ จันทรา. (2559). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้สูงอายุติดเตียง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์, 8(3): 41-50.
- เที่ยง เกาขิต. (2559). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสุทธิปริทัศน์, 30(94): 112-127.
- ธนมพร ทองลง. (2559). ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2559
- ประโมทย์ ปราสาทกุล. (2556). ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558 สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- พิศสมัย บุญเลิศและคณะ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 23(2): 79-87.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติงบประมาณแผ่นดิน.
- สุรัตน์ ตะภาและคณะ. (2559). การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 17(1): 109-120.
- สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวง. 20(2).
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 9(3): 57-69.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม.
- สำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี. (2560). รายงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2560. อุบลราชธานี: สำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย. (2560). รายงานผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย พ.ศ. 2560. อำเภอนาเยีย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ. 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ยุวดี รอดจากภัย และคณะ. (2557). รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติงบประมาณแผ่นดิน.
- อุไรรัชต์ บุญแท้และคณะ. (2560). สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3): 175-185.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc.

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	md	95%CI	t	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง		14.15	1.72	0.47	(-1.21-(0.25)	-1.29	0.20
กลุ่มควบคุม		14.63	1.83				
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง		15.52	1.04	1.04	(0.44-1.64)	3.47	0.001
กลุ่มควบคุม		14.47	1.74				

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	N	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนทดลอง	46	14.15	1.72	1.36	-1.96-(-0.77)	-0.46	0.000
หลังทดลอง	46	15.52	1.04				

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	S.D.	Md	95%CI	t	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	46	28.43	1.99	0.04	-0.83-0.92	0.98	0.92
กลุ่มควบคุม	46	28.39	2.23				
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	46	32.67	1.26	3.73	3.03-4.43	10.6	0.000
กลุ่มควบคุม		28.93	2.02				

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	N	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนทดลอง	46	28.43	1.99	-4.23	-4.93 – (-3.54)	-12.1	0.000
หลังทดลอง	46	32.67	1.26				

ตารางที่ 5 ระดับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	(จำนวน=46)			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง				
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน)	5	10.87	8	17.4
ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน)	10	21.74	9	19.6
ภาวะพึ่งพานกลาง (9-11 คะแนน)	8	17.39	5	10.9
ไม่เป็นการพึ่งพา (12-20 คะแนน)	23	50.00	24	52.2
หลังทดลอง				
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน)	5	10.9	8	17.4
ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน)	6	8.7	10	21.7
ภาวะพึ่งพานกลาง (9-11 คะแนน)	12	21.7	6	13.0
ไม่เป็นการพึ่งพา (12-20 คะแนน)	23	58.7	22	47.8

