

ผลของการใช้คู่มือดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Effect of Using Basic Elderly Care Handbook on Knowledge and
Behavior Regarding Elderly Care Among Caregivers of the Elderly in

Choeng Doi Subdistrict, Doi Saket District, Chiang Mai Province

จักรกฤษณ์ วัชรราชฎี^{1*} พุสดี มงคล² อักษรา ทองประชุม¹ วราภรณ์ บุญเชียง¹

กฤตธีรา เพียรรักษการ³ วรางคณา นาคเสน¹ และ ยูพา ชาญวิกรัย⁴

Jukkrit Wungrath^{1*}, Pussadee Mongkol², Aksara Thongprachum¹, Waraporn

Boonchieng,¹ Kritthira Pienrakkarn³, Warangkana Naksen¹ and Yupa Chanwikrai⁴

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ 50200

¹Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand

²ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชิงดอย อ. ดอยสะเก็ด จ. เชียงใหม่ 50220

²Choeng Doi Subdistrict Health Center, Doi Saket, Chiang Mai 50220, Thailand

³คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จ. เชียงใหม่ 50000

³McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai 50000, Thailand

⁴คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยพะเยา จ. พะเยา 56000

⁴School of Medical Sciences, University of Phayao, Phayao 56000, Thailand

*Corresponding author: E-mail: jukkrit.w@gmail.com

(Received: May 15, 2019; Accepted: December 6, 2019)

Abstract: The objectives of this research were to develop the basic elderly care handbook through the community participation process and to study the effect of using the basic elderly care handbook on knowledge and behavior regarding elderly care among caregivers of the elderly. The first phase was the development of the basic elderly care handbook through the community participation process. Content validity was tested by experts to be 0.87 and the suitability of the developed handbook was at the highest level. The second phase was the study of the effect of using the developed handbook on knowledge and behavior regarding elderly care among caregivers of the elderly. The sample was elderly caregivers in Choeng Doi subdistrict, Doi Saket district, Chiang Mai province. There were two groups, namely the experimental group (n=45) and

the control group (n=45). The sample was selected based on a purposive sampling. The results showed that the experimental group had higher mean score of elderly care knowledge and behavior after using the handbook. The experimental group had higher mean score of elderly care knowledge and behavior after using the handbook than the control group with a statistical significance level of <0.01 .

Keywords: Handbook, elderly care, elderly caregivers

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาผลของการใช้คู่มือฯ ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะแรกเป็นการพัฒนาคู่มือฯ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคลจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และประเมินค่าความเหมาะสมของคู่มือฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ระยะที่สองเป็นการศึกษาผลของการใช้คู่มือฯ ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลฯ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ต. เขิงตอย อ. ดอยสะเก็ด จ. เชียงใหม่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ หลังการใช้คู่มือฯ สูงกว่าก่อนการใช้คู่มือฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า 0.01

คำสำคัญ คู่มือ การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำนำ

ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (National Statistical Office, 2014) หากไม่มีการเตรียมความพร้อมและวางแผนไว้รองรับจะส่งผลกระทบต่อประเทศในหลายมิติ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากร (Kalache, 1999) รวมถึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งนอกจากจะต้องเตรียมความพร้อมแก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวก็ถือว่ามีสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะบุคคลกลุ่มนี้จะทำหน้าที่จัดการและดูแล

ผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง อันจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและระดับชุมชนมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นทรัพยากรบุคคลและทุนทางสังคมที่มีค่า (Teerathiti and Pichitpatcha, 2014) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนรวมถึงผู้สูงอายุในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอน เป็น

การเพิ่มพลังแก่ภาคประชาสังคม เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองแบบยั่งยืน โดยชุมชนจะเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การค้นหาปัญหา ออกแบบกิจกรรม ผ่านกระบวนการเวทีประชาคมและการประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชุมชน กระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ ตามบริบทชุมชน ทำให้มีสุขภาพดี สามารถพึ่งพาตนเอง และสร้างประโยชน์แก่บุคคลรอบข้างและชุมชนสังคมได้ (Kulprasutidilok, 2018)

จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2561 พบว่า ต.เชิงดอย อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่องค์การสหประชาชาติกำหนด คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (United Nation, 2015) โดยมีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,945 คน คิดเป็นร้อยละ 26.29 จากประชากร 7,396 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคไต บางส่วนป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิต โรคประสาท ภาวะนอนไม่หลับ โรคซึมเศร้า พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านร้อยละ 1.95 และภาวะติดเตียงร้อยละ 0.77 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูก หลานหรือพี่น้อง โดยข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้นจากผู้นำชุมชนพบว่า ประชาชนทั่วไปในพื้นที่รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังมีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ได้รับ และมักจะหลงเชื่อ

ข้อมูลที่รับมาโดยง่าย ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพและสูญเสียเงินทอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากสมาชิกสุขภาพชุมชน ต.เชิงดอย พบว่า ประชาชนในชุมชนเสนอให้มีการสร้างรูปแบบการจัดการข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชนทราบว่าตนเองยังขาดความรู้และทักษะด้านสุขภาพ ต้องการที่จะพัฒนาตนเองให้มีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาผลของการใช้คู่มือดังกล่าวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ชุมชนมีแหล่งข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแพร่หลายต่อไป

อุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนหลังและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (two group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

1. การศึกษาแนวทางการจัดทำคู่มือการดูแล

ผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการพัฒนาคู่มือฯ ต่อไป

1.2 การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งดูแลรับผิดชอบงานด้านการสาธารณสุขและผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 2 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชิงดอย และหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุและผู้ดูแล คุณสมบัติคือเป็นคู่ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และทำหน้าที่ดูแลมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 10 คู่ (20 คน)

กลุ่มที่ 4 กำนันและผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 14 คน

กลุ่มที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 10 คน

โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานบริบทชุมชน สถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความต้องการด้านการดูแล

ผู้สูงอายุ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคู่มือฯ ต่อไป

2. การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 จัดทำโครงร่างคู่มือฯ โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นแนวทางในการพัฒนา

2.2 ตรวจสอบคุณภาพของโครงร่างคู่มือฯ

2.2.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

(content validity)

โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยจะพิจารณาถึงความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหากับการนำไปใช้จริง โดยกำหนดให้ค่า CVI จะต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 และปรับปรุงตามที่ยุเชี่ยวชาญเสนอแนะ

2.2.2 การประเมินความเหมาะสมของ

คู่มือฯ

โดยนำคู่มือฯ ที่ได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และได้ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ไปให้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ต.เชิงดอย อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ จำนวน 10 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง ทำการประเมินความเหมาะสม ด้วยแบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประเมินในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ความถูกต้องของเนื้อหา 2) ความเหมาะสมและความถูกต้องของภาษา 3) ความเหมาะสมของรูปแบบ สี ขนาดตัวอักษรและขนาดของเล่มคู่มือฯ และ 4) ความสะดวกในการใช้คู่มือฯ 5) ความเหมาะสมของการจัดลำดับเนื้อหา 6) ความ

เหมาะสมของจำนวนบทเรียน 7) ความเหมาะสมของเนื้อหาโดยรวม และ 8) ความเหมาะสมของเนื้อหาในแต่ละบท โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3. ดำเนินการสร้างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นฉบับสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยนำคู่มือฯ ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงแก้ไขแล้ว มาดำเนินการผลิตเป็นคู่มือฯ ที่พร้อมนำไปใช้งาน

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ ต.เชิงดอย อ.ดอยสะเก็ด จ. เชียงใหม่ จำนวน 1,945 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ร้อยละ 80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ 0.50 (Polit and Beck, 2004) ซึ่งจากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลองจำนวน 45 คนต่อกลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผลของคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ที่ได้พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 โดยผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มารับฟังวิธีการใช้คู่มือฯ และให้นำกลับไปใช้ที่บ้านด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือฯ โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับเอกสารให้ความรู้ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชิงดอย ตามปกติ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล และสถานที่รับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแล

2.3 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item of congruence) มากกว่า 0.70 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วยสูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน มีค่าเท่ากับ 0.74 โดยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนความรู้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความรู้ 16.00 - 20.00 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ยความรู้ 10.00 - 15.00

หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยความรู้ 0.00 - 9.00

หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับน้อย

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยพฤติกรรมทางบวกให้คะแนนเป็น 3, 2, และ 1 คะแนน ส่วนพฤติกรรมทางลบให้คะแนนเป็น 1, 2, และ 3 ตามลำดับ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.70 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยสูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 โดยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

คะแนน 18.00 - 30.00 หมายถึง มี

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 31.00 - 42.00 หมายถึง มี

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 43.00 - 54.00 หมายถึง มี

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.เชิงดอย อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

โดยใช้เวลาในเก็บข้อมูลรายละเอียดประมาณ 30 นาที การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (CMUREC No.61/010)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ dependent t-test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมให้ข้อมูลในกระบวนการสนทนากลุ่ม

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการสนทนากลุ่มรวมทั้งสิ้น 48 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขเทศบาลตำบลเชิงดอย ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่มาแล้วมากกว่า 2 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชิงดอยและหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลดอยสะเก็ด รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพผู้สูงอายุมาแล้วมากกว่า 5 ปี การศึกษาระดับ

ปริญญาตรี จำนวน 2 คน กำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 14 คน ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วมากกว่า 1 ปี ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เป็นเพศชาย 5 คน และหญิง 5 คน อายุเฉลี่ย 66 ปี และอาศัยในพื้นที่ ต.เชิงดอย มาแล้วมากกว่า 10 ปี ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เป็นเพศชาย 3 คน และ หญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 51 ปี และทุกคนอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุในบ้านเดียวกัน มีสถานะเป็นบุตร 6 คน คู่สมรส 3 คน และพี่น้อง 1 คน อสม.จำนวน 10 คน เป็นเพศชาย 2 คน และ หญิง 8 คน อายุเฉลี่ย 48 ปี ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาแล้วเฉลี่ย 2.7 ปี และทุกคนทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุประจำตำบลและผ่านการอบรมตามโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ครั้ง

2. แนวทางการจัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคนมีความต้องการให้พัฒนาคู่มือฯ โดยให้เหตุผลว่าเพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเสนอแนะว่าคู่มือที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ มีเนื้อหาที่ครบถ้วนและครอบคลุม ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ จิตวิทยาของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ การรักษาโรคเบื้องต้น โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขลักษณะที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยคู่มือฯ ควรมีลักษณะเป็นเล่มที่ไม่ใหญ่มากนัก สะดวกต่อการพกพาและจัดเก็บ ตัวอักษรมีขนาดใหญ่อ่านง่าย ใช้ภาษาตรงตามหลักวิชาการแต่ต้องเข้าใจง่ายและชัดเจน ไม่ทำให้สับสน มี

ภาพประกอบตามความเหมาะสม เรียงลำดับเนื้อหาจากง่ายไปหายาก จัดหมวดหมู่เนื้อหาให้เป็นกลุ่มเรื่องเดียวกันเพื่อง่ายต่อการศึกษาและทำความเข้าใจ

3. การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

3.1 การพัฒนาโครงร่างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาพัฒนาเป็นโครงร่างคู่มือฯ โดยกำหนดรูปเล่มขนาด A5 (21 × 29.7 เซนติเมตร) ประกอบด้วย ปก คำนำ สารบัญ และเนื้อหา ประกอบด้วย ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวและชุมชนต่อผู้สูงอายุ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาการปวดหลัง การนอนไม่หลับ ท้องผูก อาการปวดข้อเข่า โรคสมองเสื่อม โรคอัมพฤกษ์อัมพาต อาการหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ) บรรณานุกรมและคณะผู้จัดทำ

3.2 ตรวจสอบคุณภาพเค้าโครงร่างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

3.2.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของร่างคู่มือฯ เท่ากับ 0.87

3.2.2 การประเมินความเหมาะสมของคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของคู่มือฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้ง 7 ด้าน

และเมื่อพิจารณาเนื้อหาแต่ละเรื่อง พบว่ากลุ่ม อยู่ในระดับมากที่สุดทุกเรื่อง ดังแสดงใน Table 1 ตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของคู่มือฯ

Table 1. The assessment result of the suitability of basic elderly care handbook

Item	Mean score (Full score 5) (\bar{x})	Standard deviation (S.D.)	Interpretation
1. The accuracy of the content in the handbook	4.61	0.32	Most appropriate
2. The Appropriateness and accuracy of language	4.57	0.37	Most appropriate
3. The Appropriateness of the form, color, font size and size of the handbook	4.63	0.54	Most appropriate
4. Convenience of the using of handbook	4.52	0.47	Most appropriate
5. The appropriateness of content order	4.56	0.36	Most appropriate
6. The appropriateness of the number of lessons	4.70	0.58	Most appropriate
7. The appropriateness of the overall content	4.72	0.51	Most appropriate
7.1 content of the nature and the change of the elderly	4.61	0.66	Most appropriate
7.2 content of elderly mental health	4.66	0.32	Most appropriate
7.3 content of the family and the community role towards the elderly	4.63	0.41	Most appropriate
7.4 content of the nutrition for the elderly	4.61	0.35	Most appropriate
7.5 content of exercise in the elderly	4.58	0.39	Most appropriate
7.6 content of the provision of an appropriate environment for the elderly	4.73	0.44	Most appropriate
7.7 content of common health problems in the elderly	4.77	0.50	Most appropriate

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.69 และ อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 51.7 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สามีภรรยา ร้อยละ 77.61 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 38.21 ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม ร้อยละ 55.22 มีรายได้ในครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.27 มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอยู่ระหว่าง 1-2 คน ร้อยละ 88.71 ผู้สูงอายุที่ดูแลมีโรคประจำตัวและต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ ร้อยละ 100

ในขณะที่กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.16 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 52.4 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สามีภรรยา ร้อยละ 73.40 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับ

มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40.87 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.18 รายได้ในครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.65 มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอยู่ระหว่าง 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 92.14 ผู้สูงอายุที่ดูแลมีโรคประจำตัวและต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ ร้อยละ 100

5. ผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นต่อความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.44 (S.D. = 3.77) และมีคะแนน

เฉลี่ยความรู้ หลังการทดลองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.63 (S.D. = 3.92) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ($t = -14.63$)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.75 (S.D. = 3.21) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.60 (S.D. = 3.48) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการใช้คู่มือฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ($t = -12.31$) ดังแสดงใน Table 2

Table 2. Comparison mean average score of elderly care knowledge between experimental and control group before and after the experimentation

Sample group		\bar{x}	S.D.	Level	t
Experimental group	before	9.44	3.77	low	-14.63*
	after	17.63	3.92	good	
Control group	before	9.75	3.21	low	-12.31*
	after	12.60	3.48	moderate	

* $p < 0.01$

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเท่ากับ 17.63 (S.D.

= 3.92) และ 12.60 (S.D. = 3.48) ตามลำดับ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ($t = -4.28$) ดังแสดงใน Table 3

Table 3. Comparison mean average score of elderly care knowledge between experimental and control group after the experimentation

Variable	Experimental group		Control group		t	P-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
Mean average score of elderly care knowledge	17.63	3.92	12.60	3.48	-4.28*	0.00

*P < 0.01

6. ผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลัง การทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.78 (S.D. = 4.65) และหลัง การทดลองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.28 (S.D. = 3.77) และพบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่า

ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ นัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ($t = -9.25$)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.16 (S.D. = 3.48) และหลัง การทดลองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 33.84 (S.D. = 3.81) และพบว่า คะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองสูง กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ($t = -10.61$) ดังแสดง ใน Table 4

Table 4. Comparison mean average score of elderly care behavior between experimental and control group before and after the experimentation

Sample group	\bar{x}	S.D.	Level	t
Experimental group				
before	32.78	4.65	Moderate	-9.25*
after	49.28	3.77	High	
Control group				-10.61*
before	33.16	3.48	Moderate	
after	33.84	3.81	Moderate	

*P < 0.01

6.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้คู่มือการดูแล ผู้สูงอายุเบื้องต้น

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้คู่มือ ๆ เท่ากับ 49.28 (S.D. = 3.77) และ 33.84 (S.D. = 3.81) ตามลำดับ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -6.82$) ดังแสดงใน Table 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.01

Table 5. Comparison mean average score of elderly care behavior between experimental and control group after the experimentation

Variable	Experimental group		Control group		t
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
mean average score of elderly care behavior	49.28	3.77	33.84	3.81	-6.82*

* $P < 0.01$

อภิปรายผล

การพัฒนาคู่มือฯ ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมความคิดและวิเคราะห์ปัญหา ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในทางพัฒนาเนื้อหาในคู่มือฯ ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้คู่มือฯ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการให้ชุมชนเป็นผู้ค้นหาปัญหาและวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไข ไม่ใช่การกำหนดจากภายนอกแล้วให้ชุมชนเข้าร่วม (Muensaen and Kraiphibul, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pankong and Khampeng (2010) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยให้ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหาวิธีการแก้ไข วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาตลอดจนประเมินผลด้วยตนเอง พบว่า สามารถสนับสนุนให้ผู้ใช้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกร่วมกันและรู้สึกแข็งแรงใจปฏิบัติหน้าที่จนบรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Narin *et al.* (2015) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเกิดแรงจูงใจ เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น และมีอาการปวดข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

จากการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาเนื้อหาของคู่มือฯ พบว่าประเด็นที่กลุ่มเป้าหมายต้องการให้พัฒนาเป็นเนื้อหาในคู่มือ ประกอบด้วย ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวและชุมชนต่อผู้สูงอายุ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งประเด็นเหล่านี้มาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่แต่ละคนเคยประสบและต้องการให้มีการสร้างแนวทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wungrath *et al.* (2018) ที่รายงานว่าปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการสนับสนุนจากครอบครัว และ Thamma-Aphiphol *et al.* (2013) รายงานว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยเบื้องต้นในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการการศึกษาของ Pala-ard *et al.* (2016) ซึ่งรายงานว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีความต้องการเพิ่มความรู้ของตนเอง ในเรื่องโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ การใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ภายหลังการทดลองใช้คู่มือฯ พบว่าความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการใช้คู่มือฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Robrujen (2017) ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล โดยโปรแกรมดังกล่าวมีการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเหล่านี้ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Suthimanus *et al.* (2014) ที่ได้พัฒนาคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนใช้คู่มือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yimyam and Rodjarkpai

(2017) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและได้รับคู่มือดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนั้น การศึกษาของ Sooksa-art *et al.* (2017) ซึ่งได้ใช้คู่มือให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม พบว่าภายหลังการใช้คู่มือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคและการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้คู่มือฯ ซึ่งเป็นสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ เรียบเรียงเนื้อหาอย่างเป็นระบบ อ่านทำความเข้าใจได้ง่ายและนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ใช้เพิ่มพูนความรู้และทบทวนได้ตลอดเวลา ดังที่ Khammani (2011) ได้กล่าวว่า คู่มือที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ควรพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างสื่อสุขภาพ คือ เนื้อหามีความถูกต้อง ครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญ ใช้ข้อความที่สั้นกระชับสื่อความหมายได้ดี ตัวหนังสืออ่านง่าย ชัดเจน มีสีและรูปภาพที่ดึงดูดความสนใจ สร้างประทับใจทันทีที่อ่าน จะช่วยสร้างการเรียนรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุอ่านและทบทวนซ้ำจะทำให้เกิดการจดจำเนื้อหาได้ ส่งผลให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม (Kallaka *et al.*, 2017) ซึ่งความรู้เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Jirapongsuwan and Sawangpol, 2011) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pala-ard *et al.* (2016) และ Jantriyawong (2018) ที่พบว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี การที่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ของผู้สูงอายุ จะทำให้มีความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องศึกษาและเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

สรุป

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวางแผน พัฒนาคู่มือฯ นั้น ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มาจากความต้องการ อยู่บนพื้นฐานบริบทและวิถีชีวิต ของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง ประชาชนได้ใช้ ศักยภาพของตนเอง ในการแก้ไขปัญหาและ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนของตน ถือเป็น การสร้างพลังให้กับชุมชน และนำเอาทุนทางสังคม มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการ ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เชิงวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุ จึงนำไปสู่การพัฒนาเป็นคู่มือฯ ที่มีเนื้อหาเหมาะสม ครอบคลุม ประเด็นที่ผู้ใช้ต้องการอย่างแท้จริง เมื่อนำคู่มือฯ ไป

ใช้พบว่า สามารถทำให้ความรู้และพฤติกรรมในการ ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อน การใช้คู่มือ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแล ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- Jantriyawong, S. 2018. Handbook development about quality of life of the elderly promotion for the family. Journal of Humanities and Social Sciences Surin Rajabhat University 19(1): 27-38. (in Thai)
- Jirapongsuwan, A. and P. Sawangpol. 2011. Factors Influencing self-care behavior among type 2 diabetes mellitus patients at Lat Lum Kaeo Hospital, Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province. Research report. Mahidol University, Nakhon Pathom. (in Thai)
- Kalache, A. 1999. Ageing: A global perspective. Community Eye Health 12(29): 1-4.
- Kallaka, S., R. Chantra, A. Sarakshetrin, S. Thanaroj and W. Saojawutipong. 2017. The effects of using a video shadow puppet troupe and self-care

- manual on knowledge and self-care behavior of persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 27(1): 146-156. (in Thai)
- Khammani, T. 2011. *Science of Teaching*. Chulalongkorn University Press. Bangkok. (in Thai).
- Kulprasutidilok, A. 2018. Health care for the elder by participation of the community nearby Phranakhon Rajabhat University. *Journal of Medicine and Health Sciences* 25(1): 80-91. (in Thai)
- Muensaen, N. and S. Kraiphibul. 2014. Community participation for health promotion of the elderly in Thungluke village, Chiang Dao district, Chaing Mai province. *Nursing Journal* 41(1): 1-12. (in Thai)
- Narin, R., W. Taunrat and W. Booncheang. 2015. Development of a community participation program for caring older adults with knee osteoarthritis. *Nursing Journal* 42(3): 170-181. (in Thai)
- National Statistical Office. 2014. Thai population survey. (Online). Available: https://www.m-society.go.th/article_attach/14494/18145.pdf. (January 10, 2019).
- Pala-ard, R., T. Jidnatam and P. Thongjib. 2016. The needs, knowledge, skills and services for family caregivers of elderly patients admitted to the male surgical ward, Hospital Satun. *AL-NUR Journal of Graduate School, Fatoni University* 11(21): 27-38. (in Thai)
- Pankong, O. and S. Khampeng. 2010. Effects of a community-based health promotion program on health-promoting behavior of older persons and satisfaction with the participation of older persons' caregiver. *Ramathibodi Nursing Journal* 16(1): 1-13. (in Thai)
- Polit, D. F. and C. T. Beck. 2004. *Nursing Research: Principles and Methods*. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 758 p.
- Robrujen S. 2017. Development of the elderly care model for elderly caregivers, Warinchamrab district, Ubon Ratchathani province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 9(3): 57-69. (in Thai)

- Sooksa-art, J., T. Thipraksa, R. Hanrinth, P. Kerdchantuk and S. Suttiruksa. 2017. Outcomes of pharmaceutical care in outpatients with Alzheimer's disease: A pilot study. Thai Journal of Pharmacy Practice 10(1): 129-141. (in Thai)
- Suthimanus, Y., W. Durongrittichai and T. Kasipol. 2014. The development of a clinical nursing practice guideline for caregiver of uncontrolled hypertensive elderly patients. Journal of Public Health Nursing 28(2): 81-91. (in Thai)
- Teerathiti, S.N. and P. Pichitpatcha. 2014. Trends and development in lifelong learning policy for the elderly people in Thailand. Research report. National Research Council of Thailand and the Thailand Research Fund, Bangkok. 428 p. (in Thai)
- Thamma-Aphiphol, K., K. Soonthornhada, S. Pornsiripongse, V. Wirojratana, P. Winichagoon, W. Srisupan and S. Srivanichakorn. 2013. Participatory action research on the holistic care model for the elderly. Journal of Health Systems Research 8(2): 120-131. (in Thai)
- United Nation. 2015. World Population Ageing 2013. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Wungrath, J., S. Saengyo and K. Ummee. 2018. Barriers to health care practice that impact to glycemic control among elderly with diabetes mellitus. Journal of Community Development and Life Quality 6(2): 351 – 361. (in Thai)
- Yimyam, N. and Y. Rodjarkpai. 2017. Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen 24(2): 46-58. (in Thai)