

## ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตตำบลไร่สะท้อน จังหวัดเพชรบุรี

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

สุขศิริ ประสมสุข<sup>1\*</sup>, ณฐกร นิลเนตร<sup>1</sup>, พันัส ชัยรัมย์<sup>2</sup> และ มารยาท จำมะนา<sup>1</sup>  
Suksiri Prasomsuk<sup>1\*</sup>, Nathakon Nilnate<sup>1</sup>, Panus Chairum<sup>2</sup> and Marayat Chammana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 76000

<sup>2</sup>คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 76000

<sup>1</sup>Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi 76000

<sup>2</sup>Faculty of Humanities and Social Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi 76000

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

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

#### บทคัดย่อ

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

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### Abstract

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

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

**Keywords :** Empowerment, Elderly person, Non-communicable disease

## บทนำ

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

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

เป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยทางสุขภาพ มีปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านสังคมและปัญหาด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นกว่าวัยอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

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

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

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลไร่สะท้อนจังหวัดเพชรบุรี

## สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สูงกว่ากลุ่มกลุ่มตัวอย่างควบคุมที่ได้รับบริการปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากร เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ปี 2561 จำนวน 800 คน

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

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

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

### เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. บอกละการเข้าร่วมในการวิจัย
2. เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มขณะทำวิจัยไม่ ครบทุกครั้ง

เครื่องมือการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 อย่าง ดังนี้

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

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม** โดยการการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1) โดยการแนะนำ ตัวเอง การซักถามเกี่ยวกับเรื่องปัญหาของครอบครัว การเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคลอื่นและในครอบครัวเพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับตนเองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับ ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยโน้มน้าวให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ทางด้านอารมณ์ จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

**ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลง** โดยวิธีการ

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

2) การสร้างพลังในการแก้ปัญหาค้นหาการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

### ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติสิ่งใหม่เหมือนเป็นเรื่องปกติของชีวิต (สัปดาห์ที่ 3-4) โดยวิธีการดังนี้

1) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่ม แล้วผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้น ๆ

2) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยโดย สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะการจัดการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารวมถึงการที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา

3) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

2) แบบประเมินพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ดังนี้

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

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

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

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

### คุณภาพของเครื่องมือ

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

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ค่า Chi-square

2. เปรียบเทียบพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิเคราะห์โดยใช้ค่า paired t-test [15]

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

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

## ผลการวิจัย

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

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

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

ตารางที่ 1 (ต่อ)

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

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

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถในด้านต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

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

\*p-value < .05

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

ตารางที่ 3 คะแนนการรับรู้ของกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (ภายในกลุ่ม)

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

\* p-value ≤ .001

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



เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภายหลังจากทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .01 ด้านการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย พบว่าภายหลังจากทดลองมีคะแนนต่ำกว่าก่อนทดลอง ส่วนพลังอำนาจโดยรวมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนการรับรู้ของกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (ภายในกลุ่ม)

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

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

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งผลทำให้เพิ่มระดับพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านเนื่องมาจากในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำการทดลองประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก ๆ คือ 1) การประเมินความพร้อมโดยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2) การเปลี่ยนแปลงโดยการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน และ 3) การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิตโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury [16] โดยที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัวจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม และบทบาทของพยาบาลจะปรับเปลี่ยนจาก “ผู้เชี่ยวชาญ” มาเป็น “ผู้สนับสนุน” การวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับในความคิดเห็น สามารถดูแลหรือจัดการกับปัญหาได้ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยอื่น ๆ เช่นการศึกษาของปรังกะทิพย์ อูจะรัตน์ [17] ที่พบว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกภพ จันทรสุคนธ์ [18] ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

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

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

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

### ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยรบกวน โดยเฉพาะปัจจัยด้านระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งอาจจะทำให้มีผลต่อผลลัพธ์การทดลองได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

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

2) ครอบครัวผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มป่วย และควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่ต้น จากการวิจัยในครั้งนี้และหลายๆ งานวิจัยที่ศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจะเกิดผลในด้านบวกกับผู้ป่วย

3) ควรมีการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการประเมินผลระหว่างการทำตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุโรคไม่เรื้อรังที่บ้าน หลังการทดลอง 12 เดือนขึ้นไปและหาวิธีการควบคุมปัจจัยรบกวนเพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีความเชื่อถือและขยายผลผู้พื้นที่อื่น ๆ ได้

2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเชิงประจักษ์เพื่อค้นหาประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุโรคไม่เรื้อรังตามแต่ละบริบทของแต่ละชุมชน

#### เอกสารอ้างอิง

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

