



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนต่อความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุวัยต้นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร

หนึ่งฤทัย โปธิศรี ปร.ด.^{1*}

เปรมวดี คฤหเดช กศ.ด.²

^{1,2} วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: nuengruethai.po@ssru.ac.th

Vajira Med J. 2022; 66(4): 277-86

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2022.xx>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย: รูปแบบวิจัย: กึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม กรุงเทพมหานคร ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน กับผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการวิจัยจำนวน 3 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย: แกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความรู้ในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ในระดับดี และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

แกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความมั่นใจในระดับมาก และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป: การส่งเสริมสมรรถนะแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนให้มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้น ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา สำหรับทีมสุขภาพและอาจารย์ในโรงเรียนนำไปใช้ในโรงเรียนมัธยมศึกษา แหล่งอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้สมรรถนะตนเอง แกนนำครอบครัว ความรู้และความมั่นใจ ผู้สูงอายุ



The Outcome of Self-Efficacy Enhancement Program on Knowledge and Confidence in Physical Health Care of the Elderly for the Family Leaders Who were Secondary School Students, Bangkok

Nuengruethai Posri PhD^{1*}

Premwadee Karuhadej EdD²

^{1,2} College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address: nuengruethai.po@ssru.ac.th

Vajira Med J. 2022; 66(4): 277-86

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2022.xx>

Abstract

Objective: To study and compare knowledge and confidence in physical health care of the elderly concerning illness symptoms and common diseases for the family leaders who were secondary school students, Bangkok, before and after Self-Efficacy Enhancement Program participation.

Method: The research type was Quasi-experimental research, one group pre-post test design. The samples were secondary school students of Wat Sutttharam School, Bangkok, who had the elderly, aged 60-69 years, living in the same houses. Thirty samples were selected by purposive sampling. The research tool was the Modified Program of Self-Efficacy Theory (Bandura, 1977). Data were collected from questionnaires for three days. Data were analyzed by percent, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: The family leaders who were secondary school students had an average level of knowledge in physical health care of the elderly before participating in the program. After program participation, they had a good level of knowledge, which was better than the level of knowledge before program participation with statistical significance ($p < 0.01$).

The family leaders who were secondary school students had an average level of confidence in the physical health care of the elderly before participating in the program. After program participation, they had a good level of confidence that was better than confidence before program participation with statistical significance ($p < 0.01$).

Conclusion: The Self-Efficacy Enhancement Program for family leaders who were secondary school students showed significant improvement of knowledge and confidence in physical health care of the elderly. It could be the model to be implemented in other secondary schools.

Keywords : self-efficacy program, family leaders, knowledge and confidence, elderly.

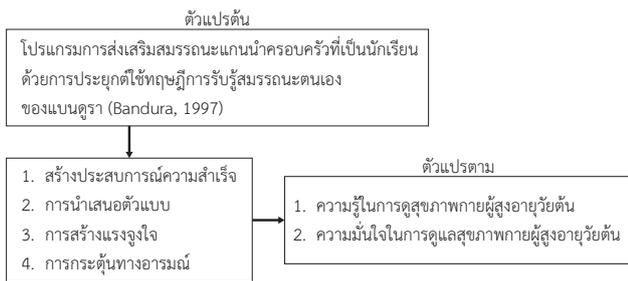
บทนำ

ประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จากสถิติพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 11,312,447 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 57.4 กลุ่มวัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 29 และกลุ่มวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 13.6¹ ผู้สูงอายุมียุ่มีอายุยืนยาวมาก จะเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงมากขึ้นตามอายุขัย ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ส่วนใหญ่จะช่วยเหลือตนเองได้ จะป่วยเป็นโรคทางกายและมีอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในชีวิตประจำวันมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุวัย 70 ปี หรือมากกว่าจะมีปัญหาทางจิตจากภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นตามอายุ² ซึ่งผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ถ้ามีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นที่ดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่าในชีวิต ยามชราและมีความสุขมาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือ แกนนำสุขภาพในครอบครัวตนเอง หรือบุคคลในครอบครัวที่เป็นเครือญาติ ซึ่งรัฐบาลได้มีนโยบายส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเบื้องต้น ให้กับแกนนำสุขภาพครอบครัวอย่างถ้วนหน้าทั่วถึงเพื่อรองรับสังคมไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว แกนนำที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีสองกลุ่ม คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในฐานะเครือญาติ และผู้ดูแลที่รับจ้าง ซึ่งแกนนำสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในฐานะเครือญาติ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน เพราะเป็นผู้ใกล้ชิด คั่นเคย และประหยัดไม่ต้องลงทุนมาก จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด³ ซึ่งรัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงเรื่องนี้ได้มีแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยภาคเอกชน สถาบันการศึกษาและภาคประชาสังคม ร่วมมือกันสร้างแผนการดำเนินงานให้เป็นจริง โดยร่วมกันสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ คู่ขนานไปกับการเตรียมความพร้อมผู้ที่อยู่วัยทำงาน วัยเด็กและเยาวชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่^{1,4} เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาล ควรมีการเตรียมความพร้อม

เยาวชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลผู้สูงอายุวัยต้นในครอบครัวตนเองได้ หรือการสร้างแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคทางกายและอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในชีวิตประจำวันด้วยการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ให้กับแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียน เพื่อนำไปเป็นต้นแบบการสอนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากการศึกษางานวิจัยย้อนหลัง พบการทดลองที่ประยุกต์ใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและอาสาสมัคร พบว่ากลุ่มอย่างได้รับความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังทดลองเพิ่มขึ้น เช่น งานวิจัยของ วารี กังใจ และคณะ⁵ ณัฐา เชียงปิว และคณะ⁶ ปิยนุช ภิญโย และคณะ⁷ และ ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ⁸ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนต่อความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุวัยต้น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997)⁹ โดยทดลองและศึกษาในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เพราะจากสถิติของประเทศไทย พบว่า กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย¹⁰ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุวัยต้นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมวัดสุทธารามกรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และสมมุติฐานการวิจัย แกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุวัยต้นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997)⁹ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1. สร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยมีการบรรยายความรู้เกี่ยวกับ 1) แนวคิดและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุวัยต้น 2) อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 2. สร้างประสบการณ์ความสำเร็จโดยเรียนรู้จากตัวแบบ:

นำเสนอตัวแบบจากข่าวโทรทัศน์ สื่อโทรทัศน์ ภาพนิ่ง ตัวแบบ เรื่องเล่าของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากชีวิตจริงผู้สูงอายุ ของเพื่อนบ้านในด้านดีและไม่ดี สาธิต และสาธิตย้อนกลับ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (การตรวจชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย และการนับหายใจ) 3. การใช้คำพูดชักจูง ชักชวน และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ ด้วยการใช้น้ำคำพูด ชักจูง ชักชวน และการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้แสดงความคิดเห็น ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมวัดสุทธดาราม กรุงเทพมหานคร ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากประชากรดังกล่าวข้างต้น จำนวน 30 คน และมีคุณลักษณะดังนี้ คือกำลังศึกษา อยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (มัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6) ไม่จำกัดเพศ พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ในฐานะ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ หรือ ญาติพี่น้อง และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หรือช่วยเหลือตนเองได้ดี และยินดีเข้าร่วมโครงการ

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่า ขนาดอิทธิพลจากการศึกษา effect size เท่ากับ 0.80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.80 ตามตาราง (Cohen, 1988)¹¹ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและมีขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรได้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997)⁹ ที่ผู้วิจัยสร้าง โดยเนื้อหาในโปรแกรมสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมและเนื้อหา

มาจาก คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัวเพื่อการเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง³ คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัวกลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases)¹² ชุดความรู้ การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ¹³ คู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ¹⁴ และนำมาปรับให้เหมาะสมกับเวลาที่จัดอบรม ประกอบด้วย 1) แนวคิดและการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุวัยต้น: โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อมและโรคตา 2) อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ อาการหน้ามืด-วิงเวียน-เป็นลม อาการท้องร่วง/ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ อาการบาดเจ็บ มีบาดแผล อาการเป็นหวัดและภูมิแพ้ อาการสำลักอาหาร อาการกลืนปัสสาวะ การตรวจร่างกายเบื้องต้น (การตรวจชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย และการนับหายใจ) 3) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย อายุ เพศ ข้อมูลผู้สูงอายุในครอบครัว ข้อมูลบิดาและมารดา รายได้ครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ลักษณะของแบบสอบถามมีข้อความให้เลือกตอบ ว่าผิด หรือถูก มีทั้งหมด 28 ข้อ ประกอบด้วย อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ และ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามประเมินการให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุ หลังจากที่ทำท่านเข้าร่วมโปรแกรม มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุ ในระดับใด ลักษณะของแบบทดสอบ มีข้อความให้เลือกตอบว่ามั่นใจ มาก ปานกลาง หรือน้อย มีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม

ประเมินความรู้และความมั่นใจการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปทดสอบเพื่อหาค่าความเที่ยง (reliability) แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Kuder-Richardson = KR-20 ได้ค่าความเที่ยง (r) = 0.89 และแบบสอบถามและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค ได้ค่าความเที่ยง (r) = 0.91

การกำหนดการแปลความหมายของคะแนน

1. คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบป่วยในผู้สูงอายุ กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

- มีความรู้ในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุในระดับดีมาก คือ คะแนนเฉลี่ย 22.40-28.0 (ร้อยละ 80.0-100.0) ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 19.60-22.3 (ร้อยละ 70.0-79.90) ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 16.80-19.50 (ร้อยละ 60.0-69.9) ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 14.00-16.7 (ร้อยละ 50.0-59.9) และระดับน้อยที่สุด คือ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 14.00 (ต่ำกว่าร้อยละ 50.0)

2. คะแนนความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบป่วยในผู้สูงอายุ กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก คือ คะแนนเฉลี่ย = 2.50-3.0 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.0-1.49

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1 เวลา 6 ชั่วโมง

- เวลา 9.00 - 10.30 แบบทดสอบก่อนบรรยาย

- เวลา 10.45 - 12.00 และ 13.00-16.00 สร้าง

ประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และโรคที่พบป่วยในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุวัยต้น และ นำเสนอตัวแบบจากข่าวโทรทัศน์ สื่อโทรทัศน์ ภาพนิ่ง ตัวแบบเรื่องเล่าของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากชีวิตจริงผู้สูงอายุของเพื่อนบ้านในด้านดีและไม่ดี

กิจกรรมครั้งที่ 2 วันที่ 2 เวลา 6 ชั่วโมง

- เวลา 9.00-12.00 น. และ 13.00 น.-16.00 น. สร้าง

ประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบป่วยในผู้สูงอายุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและนำเสนอตัวแบบจากข่าวโทรทัศน์ สื่อโทรทัศน์ ภาพนิ่ง ตัวแบบเรื่องเล่าของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากชีวิตจริงผู้สูงอายุของเพื่อนบ้านในด้านดีและไม่ดี สาธิต และสาธิตย้อนกลับ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (การตรวจชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย และการนับหายใจ) เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่ม ๆ ละ 10 คน

กิจกรรมครั้งที่ 3 วันที่ 3 เวลา 6 ชั่วโมง

- เวลา 9.00-12.00 น. และเวลา 13.00-14.00 น.

- สร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบป่วยในผู้สูงอายุ และการให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือและทบทวนเนื้อหาที่บรรยายและสาธิตทั้งหมด โดยเน้นข้อคำถามความรู้และความมั่นใจที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดเกินร้อยละ 50.0 เป็นหลัก

ระหว่างดำเนินการตามโปรแกรมในแต่ละวัน ผู้วิจัยสอดแทรกด้วยการใช้คำพูดชักจูง ชักชวน และการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้แสดงความคิดเห็น ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะทุกคนในอนาคตจะพบอาการเจ็บป่วยที่พบป่วยเมื่อก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ฉะนั้น ณ.เวลานี้ ควรฝึกเป็นผู้ปฏิบัติและเป็นแกนนำหลัก เพื่อแนะนำบุคคลในครอบครัวตนเองให้สนใจและร่วมกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวด้วย และให้กลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้สึที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความภูมิใจและเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

- เวลา 14.00 น.-16.00 น. แบบทดสอบหลังบรรยาย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียน วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ข้อมูลศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุวัยต้นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบป่วย ของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test และข้อมูลศึกษาและเปรียบเทียบความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกาย

ผู้สูงอายุวัยต้นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ ด้วยค่าเฉลี่ย เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-049/2021 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึงการรักษาความลับและผลกระทบที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลตลอดดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.70) มีผลการเรียน GPA 3.51-4.00 และ GPA 3.01-3.50 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.70) อายุ 17 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.30) จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน 4 คน จำนวน 11 ครอบครัว (ร้อยละ 36.70) ระดับการศึกษาของบิดา จบชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.30) อาชีพของบิดา รับจ้างจำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.30) ระดับการศึกษาของมารดา จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.70) อาชีพของบิดา รับจ้างจำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00)

การศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

โรงเรียนมัธยมวัดสุทธารามกรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 17.80, SD = 4.39$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ในระดับดี ($\bar{X} = 19.90, SD = 4.37$) และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p > .01$) ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาความรู้ในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนในรายชื่อ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามความรู้ในการดูแลสุขภาพกาย ถูกต้องในระดับดีมากและดี จำนวน 23 ข้อ จาก 28 ข้อ ความรู้ในการดูแลสุขภาพกายที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก มีจำนวน 6 ข้อ จาก 28 ข้อ คือ อันดับที่ 1 โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ปัจจุบันยังไม่มี การป้องกันและรักษา แต่เชื่อว่าการมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ช่วยบรรเทาได้บ้าง (ร้อยละ 90.00) อันดับที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมานานเกิน 10 ปี และพบบ่อย คือ ภาวะไตวาย (ร้อยละ 86.67) และอันดับที่ 3 (มี 4 ข้อ) อันดับที่ 3 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจากกินอาหารที่มีกะทิ ไขมันสัตว์ มาก และขาดการออกกำลังกาย (ร้อยละ 83.33) อันดับที่ 3 อาการแสดงของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือ วัดความดันโลหิตได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท และมีอาการปวดศีรษะบางวัน (ร้อยละ 83.33) อันดับที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากเซลล์สมองเสื่อมลง อันดับที่ 3 ผู้สูงอายุเป็นต่อกระดูกได้เพิ่มขึ้น สาเหตุจากเลนส์ตาขุ่นมัวตามอายุ (ร้อยละ 83.33) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1:

ระดับความรู้และผลการเปรียบเทียบความรู้ของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนในการดูแลสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุวัยต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

รายการ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเต็ม 28)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเต็ม = 28)			Paired t-test
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล	
ความรู้ในการดูแลสุขภาพกายเกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	17.80	4.39	ปานกลาง	19.90	4.37	ดี	-6.50**

** แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2:

ระดับความรู้ของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุวัยต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายข้อและเรียงลำดับจากคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

ลำดับ	รายการ	ระดับความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเต็มตอบถูกต้อง = 30)			ระดับความรู้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเต็มตอบถูกต้อง = 30)		
		คะแนน ถูกต้อง	ร้อยละ	แปลผล	คะแนน ถูกต้อง	ร้อยละ	แปลผล
1	โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ปัจจุบัน ยังไม่มีป้องกันและรักษาได้ แต่เชื่อว่าการมี สุขภาพกายและจิตใจที่ดี ช่วยบรรเทาได้บ้าง	27	90	ดีมาก	26	86.67	ดีมาก
2	ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ ที่เป็นเบาหวานมานานเกิน 10 ปี และ พบบ่อย คือ ภาวะไตวาย	26	86.67	ดีมาก	23	76.67	ดี
3	สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือด หัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจากกินอาหารที่มีกะทิ ไขมันสัตว์มาก และขาดการออกกำลังกาย	25	83.33	ดีมาก	22	73.33	ดี
4	อาการแสดงของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือ วัดความดันโลหิตได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท และมีอาการปวดศีรษะบางวัน	25	83.33	ดีมาก	23	76.67	ดี
5	ภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจาก เซลล์สมองเสื่อมลง	25	83.33	ดีมาก	26	86.67	ดีมาก
6	ผู้สูงอายุเป็นต่อกระดูกได้เพิ่มขึ้น สาเหตุจากเลนส์ตาขุ่นมัวตามอายุ	25	83.33	ดีมาก	24	80	ดีมาก
.....							
28	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดัน โลหิตสูง สาเหตุหนึ่ง คือมีรูปร่างอ้วนมาก	15	50.00	น้อย	15	50.00	น้อย

การศึกษาและเปรียบเทียบความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุวัยต้นของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความมั่นใจในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.46, SD = 0.23$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความมั่นใจในระดับมาก ($\bar{X} = 2.54, SD = 0.27$) และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาข้อคำถามความมั่นใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมในรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความมั่นใจ

ระดับมากจำนวน 19 ข้อ จาก 25 ข้อ ข้อที่มีความมั่นใจสูงสุด 3 อันดับแรกจาก 25 ข้อ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อันดับที่ 1 ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการสำลักอาหารได้ ($\bar{X} = 2.80$) อันดับที่ 2 ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นหวัดได้ ($\bar{X} = 2.73$) อันดับที่ 3 ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุ ที่บ่นเจ็บกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกได้ ($\bar{X} = 2.70$) อันดับที่ 3 ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุที่มีอาการนั่งแล้วลุกยาก ได้ ($\bar{X} = 2.70$) อันดับที่ 3 ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุที่บ่นว่า อ่านหนังสือมองเห็นไม่ชัดได้ ($\bar{X} = 2.70$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3:

ระดับความมั่นใจและผลการเปรียบเทียบความมั่นใจของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

รายการ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			Paired t-test
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล	
ความมั่นใจของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้น	2.46	0.23	ปานกลาง	2.54	0.27	มาก	-5.94**

**แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ตารางที่ 4:

ระดับความมั่นใจและผลการเปรียบเทียบความมั่นใจของแกนนำครอบครัวที่เป็นนักเรียนในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายข้อและเรียงลำดับคะแนนจากหลังเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเต็ม = 3.00)

อันดับ	รายการ	หลังเข้าร่วมโปรแกรม			ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล
1	ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการสั้ล็กอาหารได้	2.80	0.41	มาก	2.73	0.45	มาก
2	ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นหวัดได้	2.73	0.52	มาก	2.67	0.55	มาก
3	ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุที่บ่นเจ็บกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกได้	2.70	0.47	มาก	2.60	0.50	มาก
4	ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุที่มีอาการนั่งแล้วลุกยากได้	2.70	0.53	มาก	2.67	0.55	มาก
5	ฉันสามารถแนะนำผู้สูงอายุที่บ่นว่าอ่านหนังสือมองเห็นไม่ชัดได้	2.70	0.47	มาก	2.67	0.48	มาก
.....							
25	ฉันสามารถตรวจวัดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุได้	2.07	0.64	ปานกลาง	2.00	0.59	ปานกลาง

วิจารณ์

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้
 ความรู้ในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงวัยอายุวัยต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงวัยอายุวัยต้นอยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ในระดับดี และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามถูกต้องในระดับดีมากและดีจำนวน 23 ข้อ จาก 28 ข้อ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้จะเป็นผลมาจากโปรแกรมการทดลองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997)⁹ โดยในโปรแกรม มีการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ประกอบกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับประถม

ศึกษาและมัธยมศึกษาของประเทศไทยในปัจจุบัน มีการสอนเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพและการป้องกันโรค ตั้งแต่ชั้นเรียน ประถมศึกษา – มัธยมศึกษาตอนปลาย และในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 จะเน้นการสอนการป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายของคนไทย คือโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่มีในหลักสูตร คือโรคหัวใจ ความดันโลหิต เบาหวาน มะเร็ง¹⁵⁻¹⁶ ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ เพิ่มขึ้นในระดับมาก และยังมีปัจจัยส่งเสริมจากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของการทดลองครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 66.70) มี และเป็นนักเรียนกลุ่มที่เรียนดี มีผลการเรียน GPA 3.51-4.00 และ GPA 3.01-3.50 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.70) และกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุวัย 60-69 ปี อยู่ในบ้านเดียวกันทั้งหมด ซึ่งอาจจะเคยช่วยเหลือ

อาการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมาแล้ว จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่ายขึ้น ส่งผลให้มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น จากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบเยาวชนคนไทยจะมีความใกล้ชิด เอื้ออาทร กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันของตน เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้เลี้ยงดูหลาน เพราะพ่อแม่ ไปทำงาน จึงมีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุ¹⁷ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ¹⁸ จึงสนใจเรียนรู้ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อนำความรู้ไปดูแล ผู้สูงอายุในบ้านของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญดา วงศ์พิมล และคณะ¹⁸ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่นำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า แก่นนำเยาวชน มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยความมั่นใจและการเปรียบเทียบความมั่นใจในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้นในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความมั่นใจในระดับมาก และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจระดับมากจำนวน 19 ข้อ จาก 25 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากโปรแกรมการทดลองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา⁹ โดยในโปรแกรม มีการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้ และมีการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยเรียนรู้จากตัวแบบสื่อโทรทัศน์ ยกตัวอย่างและสะท้อนคิด ให้นักเรียนดูภาพผู้สูงอายุในครอบครัวตนเองและจัดให้มีประสบการณ์ตรงจากการสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พบบ่อย เช่น อาการสำลักอาหาร ภาวะปัสสาวะเล็ด การมีบาดแผล การบรรเทาอาการปวดเข่า เพื่อให้เห็นภาพผู้สูงอายุเสมือนจริงเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ผู้วิจัยมีการใช้คำพูดชักจูง ชักชวน และการกระตุ้นทางอารมณ์ ระหว่างดำเนินตามโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัยหลาย ๆ คนที่ใช้กรอบแนวคิดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา⁹ ในการทดลอง เช่น งานวิจัยที่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ คือ งานวิจัยของวารี กังใจ และคณะ⁵ ได้พัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมสมรรถนะตนเองแก่แกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการ

พัฒนาแกนนำนิสิตมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก และคล้ายคลึงกับงานวิจัยของบุญดา วงศ์พิมล และคณะ¹⁸ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่นำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า แก่นนำเยาวชน มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ ญฐา เขียงบัว และคณะ⁶ ปิยนุช ภิญโญ และคณะ⁷ ประกอบกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาของประเทศไทยในปัจจุบัน มีการสอนเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพและการป้องกันโรค ตั้งแต่ชั้นเรียน ประถมศึกษา ถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย และในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งเป็นต้นทุนความรู้เดิม เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุวัยต้นเพิ่มขึ้นในระดับมาก

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแก่นำครอบครัวที่เป็นนักเรียนต่อความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยต้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นต้นแบบสำหรับทีมสุขภาพและอาจารย์ในโรงเรียน สามารถนำไปใช้บรรยายในโรงเรียนมัธยมศึกษา แหล่งอื่น ๆ ต่อไปได้ เพื่อสร้างเยาวชนให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตนเองได้ และรองรับประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่จัดสรรเงินทุนงบรายได้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงเรียน และอาจารย์ปณิตต์ ขำเปรม โรงเรียนมัธยมวัดศุภชาราม ที่อำนวยความสะดวกและให้สถานที่ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Measures to implement nation agenda in aged society (revised version). Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2019. p.1-52.

2. Chunsirikanjana S. Dementia knowledge for public. The Alzheimer related disorder association [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <http://www.rxrama.com/article003.html>.
3. Health Education Division. Manual for family health leaders to promote family role on self care [internet]. 2017 [cited 2020 Jul 18]. Available from https://www.banghin.go.th/datacenter/doc_download/a160920111323.pdf.
4. Anantakul A. Aged society- the challenge of Thailand. Bangkok: Thammasat Office and Royal Society of Politics; 2017. p.1-30.
5. Kangchai W, Subgranon R, Sumngern C, Chantakeeree C. Development of student leader for caring the elderly in Saensuk Municipality [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 20]. Available from: http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/3786/2563_283.pdf?sequence=3&isAllowed=y
6. Chiangpiew N, Boonchieng W, Aungwattana S. Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers. *Nursing Journal* 2018; 45(1):87-99.
7. Phinyo P, Phinyo K, Janhauna S, Aphiphatkan W, Sayawat T, Akkarsetsakull A. The effectiveness of self-efficacy enhancement program on knowledge, attitudes and behaviors of the village health volunteers providing the long term care for the elders, Khon Kaen province. *Songklanagarind J Nurs* 2017;37(3):109-20.
8. Prombutr P, Sookpool A, Phinyo K, Phinyo P. The effect of self-efficacy program toward knowledge and self-efficacy of village health volunteers in diabetic and hypertension patient care in community in northeast province. *Songklanagarind J Nurs* 2015;35(2):113-28.
9. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall; 1997. p.1-46.
10. Department of Older Persons (DOP). Statistics of the elderly in Thailand as of December 31, 2019 [internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/1/275>
11. Cohen J. Statistical Power Analysis for the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. p.19-66.
12. Department of Health Service Support. Family volunteer manual: care group for patients with chronic non-communicable diseases. Ministry of Public Health. Bangkok: Agricultural Cooperative Printing Demonstrations of Thailand; 2017. p.1-45.
13. Yodpetch S, Patanasri P, Sakdaporn T. Knowledge set of development as potential elderly. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI); 2017. p.1-283.
14. Bureau of Elderly Health. Guidelines for the training of elderly caregivers, course 420 hours. Department of Health, Ministry of Public Health. Bangkok: Printing Business Office; 2014. p.1-19.
15. Bureau of Academic Affairs and Educational Standards Office of the Basic Education Commission. Basic education core curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008) indicator and core learning content health education and physical education [internet]. 2008 [cited 2020 Jul 20]. Available from http://academic.obec.go.th/images/document/1525235513_d_1
16. Department Ministry of Education. Basic education core curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008). Ministry of Education [internet]. 2008 [cited 2020 Sep 20]. Available from <https://www.slideshare.net/benydevil/basic-education-core-curriculum-be-2551>
17. Gaire B, Khagi BR. Attitude of the youth towards the elderly people in the selected community in Lalitpur district of Nepal. *Med phoenix* 2020; 5(1):46-53.
18. Wongpimoln B, Pholputta L, Sayuen C, Injumba C, Wannapuek P, Phengphol N. Effectiveness of an education program for youth leaders in providing care for elderly people in Tha-Muang subdistrict community, Selaphum district, Roi Et province. *TRC Nurs J* 2022; 15(1) 177-89.