

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง)

สุกัญญา วัชรประทีป^a, บุชรินทร์ พูนนอก^{*}, จีรภา ผ่องแผ้ว^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติงาน และ 2) ศึกษาความเห็นต่อการดำเนินการอบรม และความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เก็บข้อมูลหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ที่เข้ารับการอบรม จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคิดเห็นต่อหลักสูตร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (94.0%) สถานภาพสมรส (61.5%) จบการศึกษาระดับ ม.ปลายหรือ ปวช. (64.0%) ปฏิบัติงานที่ อบต. (81.5%) หลักสูตรการอบรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X}=3.24$, $SD=0.47$) การสร้างสัมพันธ์ภาพ ($\bar{X}=3.23$, $SD=0.46$) และ การบันทึกรายงานและการส่งต่อ ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.46$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การดูแลแผล ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.50$) การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว ($\bar{X}=3.05$, $SD=0.49$) และ การดูแลอาหารเฉพาะโรค ($\bar{X}=3.05$, $SD=0.54$) ผู้เข้าอบรมประเมินว่าการอบรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.62$, $SD=0.53$) และควรมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานของอสบ. ในประเด็นคำตอบแทน สภาพการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข และการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งขอความช่วยเหลือสำหรับผู้เข้าไม่ถึงบริการ

คำสำคัญ: หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง); อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.); การรับรู้ความสามารถแห่งตน; การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

^{**} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

^a Corresponding author: สุกัญญา วัชรประทีป Email: toota20toota@yahoo.com

รับบทความ: 29 ธ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 22 ม.ค. 67; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ม.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 ม.ค. 67

Self-Efficacy of Care Communities Completed the 50-Hour Training Curriculum for Elderly and Dependent Care

Sukanya Watcharaprateep^{*a}, Budsarin Phoonnok^{*}, Jirapa Phongphaew^{**}

Abstract

The objectives of this research were to 1) examine the effectiveness of the 50-hour training curriculum for elderly and dependent care in improving perceived self-efficacy among care communities (CC) who attended the curriculum and 2) assess attitudes toward the curriculum and issues for further improvements. The samples were 200 CC's attended the program. The questionnaire assessed participants' perceived self-efficacy in caring for the elderly and dependents. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that the samples were mostly females (94.0%), married (61.5%), completed higher education or equivalent (64.0%), and worked at subdistrict administrative organizations (81.5%). After receiving the training, the top 3 areas with highest perceived self-efficacy mean scores were 1) providing rehabilitation for the elderly and dependents ($\bar{x}$ =3.24, SD=0.47), 2) building relationships ($\bar{x}$ =3.23, SD=0.46), and 3) recording and referrals ($\bar{x}$ =3.20, SD=0.46). Three areas with lowest perceived self-efficacy mean scores included 1) wound care ($\bar{x}$ =2.94, SD=0.50), 2) caring for elderly with chronic illnesses ($\bar{x}$ =3.05, SD=0.49), and 3) providing food specific to illness ($\bar{x}$ =3.05, SD=0.54). CC reported that the training helped them develop their competencies at the highest level ($\bar{x}$ =3.62, SD=0.53). In the future, their work should be improved in compensations, working conditions, relationships with the elderly, families, and their supervisors, and setting up centers to improve access to care for the elderly and dependents.

Keywords: Training curriculum for elderly and dependent care (50-hour curriculum);
Care community; Perceived-self-efficacy; Elderly and dependent care

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^{**} Public Health Technical Officer, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9,
Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Sukanya Watcharaprateep Email: toota20toota@yahoo.com

Received: Dec. 28, 23; Revised: Jan. 22, 24; Accepted: Jan. 22, 24; Published Online: Jan. 23, 24

บทนำ

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ. 2563 การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุนับเป็นความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active aging) สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ และมีส่วนร่วม ยังประโยชน์ให้กับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่ตนอาศัยอยู่ (Productive aging) และมีการเตรียมตัว และวางแผนชีวิตในบั้นปลายอย่างเหมาะสม สามารถทำประโยชน์ให้กับตัวเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม⁽¹⁾ ในระดับนโยบายนั้น ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และพัฒนาสู่แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) โดยแผนย่อยการรองรับสังคมสูงวัย มีแนวทางการพัฒนาโดย เพิ่มบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ และเพิ่มบทบาทภาคอื่นๆ ในการรองรับสังคมสูงวัย⁽²⁾ โดยเร่งส่งเสริมการเตรียมการก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้สูงวัยในทุกมิติอย่างมีคุณภาพ

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนับเป็นบทบาทขององค์กรในชุมชนท้องถิ่น ที่ต้องให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันกับวัยอื่นๆ ได้อย่างมีความสุขตามบริบทของพื้นที่ แต่จากการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ชัดเจนและยังต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾

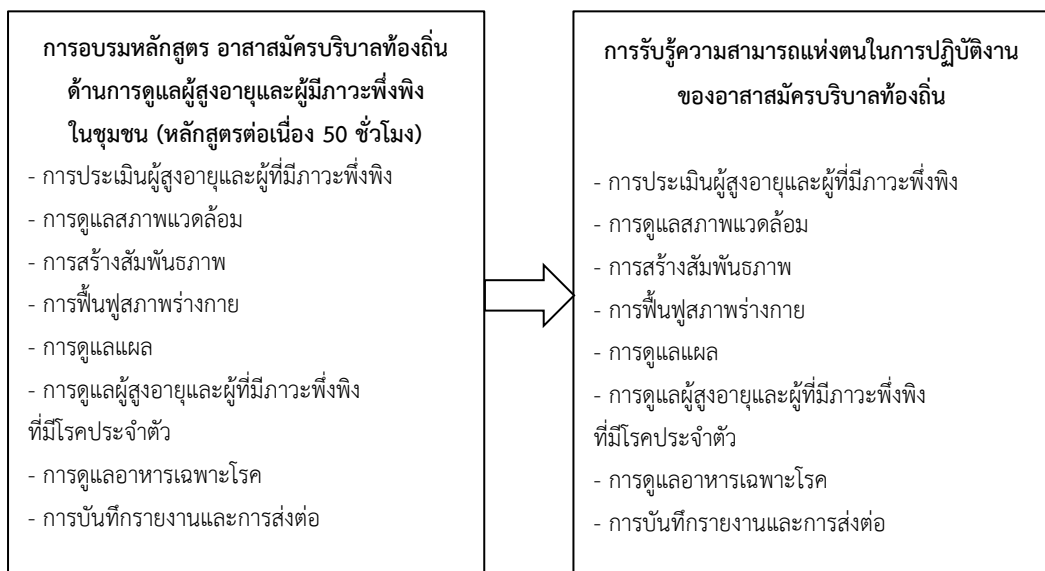
ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย เริ่มมีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยการจัดบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีภาวะติดบ้าน (Partial dependent) หรือติดเตียง (Complete dependent) โดยบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager-CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver-CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน โดยบริการดังกล่าวเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงมหาดไทย ได้เสนอโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care community-CC) เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แผนงาน/โครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โรคระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 ไปยังสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อพิจารณากลับกรองเสนอคณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการเพื่อขอใช้จ่ายเงินกู้ภายใต้แผนงานดังกล่าว โดยมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ได้แก่ จัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หลักสูตร 70 ชั่วโมง และจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทั้งนี้ โดยมีเงื่อนไขให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง แล้วนั้น ต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ต่อเนื่องอีก 50 ชั่วโมง เพื่อได้รับการว่าจ้าง และปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนสังกัด อย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 3 ปี⁽⁵⁾ เขตสุขภาพที่ 9 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 859 แห่ง ปัจจุบันมีอาสาสมัคร

บริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และปฏิบัติงานอยู่ทั้งหมด 1,585 คน ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยการจัดหลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Theory-SCT) ของ Albert Bandura ซึ่ง การรับรู้ความสามารถแห่งตน หมายถึง ระดับความมั่นใจในศักยภาพกำกับและกระทำพฤติกรรมของบุคคล และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนและธำรงรักษาพฤติกรรมสูง จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนแล้วได้สำเร็จ นับเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญหนึ่งในการพยากรณ์ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Bandura กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในบุคคลเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีในอดีต (Previous mastery experiences) 2) การได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น (Vicarious experiences) 3) อิทธิพลทางสังคม (Social persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์และความรู้สึก (Emotional arousal)⁽⁶⁾ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นหลักในการจัดรูปแบบและกิจกรรมการเรียนรู้ในอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) กรอบแนวคิดการวิจัย นำเสนอตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาประสิทธิภาพของการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
2. ศึกษาความเห็นต่อการดำเนินการอบรม และความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคตสำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ทดสอบหลังการทดลอง (Quasi-experimental design with one-group post-test only)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คืออาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง 70 ชั่วโมง และเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ซึ่งจำนวนประชากรทั้งหมด 300 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณโดยใช้สูตรการกำหนดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรของ ทาโร ยามาเน⁽⁷⁾

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

กำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้กำหนดให้เท่ากับ 0.05

เมื่อแทนค่าลงในสูตรจะได้ผลดังต่อไปนี้

$$n = \frac{300}{1 + 300(0.05)^2} = 171.4286 = 172 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 15 เพื่อป้องกันกรณีการตอบแบบสอบถามกลับมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ เป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 198 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้รูปแบบการสุ่มแบบสะดวก (Convenient sampling) โดยผู้วิจัยติดต่ออาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายทำผ่านระบบ Google Form และปิดระบบเมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ในภาพรวม มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 200 คน คิดเป็นร้อยละ 101

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ของกรมอนามัย ที่ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานและประเด็นเน้นในการปฏิบัติงานของเขตสุขภาพที่ 9 โดยประกอบด้วยการอบรมภาคทฤษฎีและทดลองปฏิบัติจำนวน 25 ชั่วโมง (3 วัน) และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ปฏิบัติงานของตน ภายใต้การนิเทศ กำกับ ติดตามของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในพื้นที่ รายละเอียดของหัวข้อที่อบรมและจำนวนชั่วโมงของแต่ละหัวข้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หัวข้อและจำนวนชั่วโมงในหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง)

หัวข้อ	จำนวนชั่วโมง
บทบาทท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ	1
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพ ด้วย Blue Book Application	2
การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน	2
การดูแลเฉพาะโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	2
การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี	2
การฝึกปฏิบัติเรื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี	2
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Active/Passive Exercise)	1
การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Active/Passive Exercise)	1
การฝึกปฏิบัติเรื่อง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Active/Passive Exercise)	3.5
การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค	2
บรรยายเรื่อง การดูแลแผล (Wound Care)	2
การฝึกปฏิบัติเรื่อง การดูแลแผล (Wound Care)	3.5
บรรยายและฝึกปฏิบัติเรื่อง การบันทึกรายงานและการส่งต่อ	1
การฝึกภาคปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	25
รวม	50

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของแบนดูรา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า Index of item-objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.7-1.0 และผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.938

แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงาน ปีที่เริ่มปฏิบัติงาน จำนวนผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับมอบหมายให้ดูแลในชุมชน และการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน ใน 8 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการประเมินตนเองและผู้สูงอายุ ดูแลสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพที่ดี การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลแผล การดูแลเฉพาะโรค การดูแลอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค และการบันทึกรายงานและการส่งต่อ จำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ แต่ละด้านมีข้อคำถาม 2-5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท⁽⁸⁾ ตั้งแต่ ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) แต่ละด้านคำนวณคะแนนเฉลี่ย และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.00	หมายความว่า	มีระดับความมั่นใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.01–3.00	หมายความว่า	มีระดับความมั่นใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00	หมายความว่า	ระดับความมั่นใจมากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมหลักสูตร “อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน” (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ น้อย (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (4 คะแนน) ค่าเฉลี่ยของผู้ตอบแต่ละคน พิจารณาโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00–1.00	หมายความว่า	มีระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.01–2.00	หมายความว่า	มีระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.01–3.00	หมายความว่า	มีระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.00–4.00	หมายความว่า	มีระดับมากที่สุด

และ ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคตของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ด้านคำตอบแทน สภาพการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติ สัมพันธภาพกับบุคลากรสาธารณสุข และด้านอื่นๆ (ระบุ) โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ได้ทุกข้อที่ตรงกับความคาดหวังของผู้ตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) และการวิเคราะห์แปลผลการรับรู้ความสามารถแห่งตน และระดับความเห็นต่อการอบรมฯ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยมีการดำเนินการทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลวิจัยเป็นสำคัญ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมสามารถตัดสินใจเลือกได้โดยสมัครใจ และการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในประเด็นใดๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะกดยินยอมเข้าร่วมการวิจัยใน Google Form ก่อนเข้าสู่ข้อคำถามในแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน ข้อคำถามไม่มีการขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุข้อมูลที่เป็นการแสดงตัวตน เช่น ไม่มีการให้ระบุชื่อ-นามสกุล หรือสถานที่ทำงาน ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้น ผู้วิจัยจะทำลายภายใน 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมและตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 188 คน (ร้อยละ 94.0) สถานภาพสมรส 123 คน (ร้อยละ 61.5) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) 128 คน (ร้อยละ 64.0) ปฏิบัติงานที่องค์การบริหารส่วนตำบล 163 คน (ร้อยละ 81.5) ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา 81 คน (ร้อยละ 40.5) และไม่ได้เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านร่วมกับการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 133 คน (ร้อยละ 66.5) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครบริบาลชุมชนที่ผ่านการอบรม (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	6.0
หญิง	188	94.0
สถานภาพสมรส		
โสด	37	18.5
สมรส	123	61.5
หม้าย/หย่า/แยก	40	20.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	10.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	11.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	128	64.0
อนุปริญญา/ปวส.	16	8.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	6.0

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครบริบาลชุมชนที่ผ่านการอบรม (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
เทศบาล	37	18.5
องค์การบริหารส่วนตำบล	163	81.5
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
นครราชสีมา	81	40.5
ชัยภูมิ	37	18.5
บุรีรัมย์	26	13.0
สุรินทร์	18	9.0
จังหวัดนอกเขตสุขภาพที่ 9	38	19.0
การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)		
เป็น	67	33.5
ไม่เป็น	133	66.5

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

การปฏิบัติงานด้านต่างๆ ตามที่ได้มีการอบรมในหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ของกรมอนามัย ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การดูแลสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การสร้างสัมพันธ์ภาพ 4) การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5) การดูแลแผล 6) การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว 7) การดูแลอาหารเฉพาะโรค และ 8) การบันทึกรายงานและการส่งต่อ นั้น พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X}$ =3.24, SD=0.47) การสร้างสัมพันธ์ภาพ ($\bar{X}$ =3.23, SD=0.46) และ การบันทึกรายงานและการส่งต่อ ($\bar{X}$ =3.20, SD=0.46) โดยทั้งสามด้านมีการแปลผลระดับความมั่นใจในระดับมากที่สุด ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การดูแลแผล ($\bar{X}$ =2.94, SD=0.50) การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว ($\bar{X}$ =3.05, SD=0.49) และ การดูแลอาหารเฉพาะโรค ($\bar{X}$ =3.05, SD=0.54) โดยการดูแลแผลมีการแปลผลในระดับความมั่นใจในระดับปานกลาง ส่วนอีกสองด้านมีการแปลผลในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัคร
บริบาลชุมชนที่ผ่านการอบรม (n=200)

การรับรู้ความสามารถ แห่งตนในด้าน:	$\bar{X}$ (SD)	แปลผล	ระดับความมั่นใจ n(%)		
			น้อย	ปานกลาง	มาก
การประเมินผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.14 (0.45)	มากที่สุด	1 (0.5)	15 (7.5)	184 (92.0)
การดูแลสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.16 (0.46)	มากที่สุด	1 (0.5)	26 (13.0)	173 (86.5)
การสร้างสัมพันธ์ภาพ	3.23 (0.46)	มากที่สุด	1 (0.5)	19 (9.5)	180 (90.0)
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.24 (0.47)	มากที่สุด	1 (0.5)	14 (7.0)	185 (92.5)
การดูแลแผล	2.94 (0.50)	ปานกลาง	4 (2.0)	66 (33.0)	130 (65.0)
การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว	3.05 (0.49)	มากที่สุด	1 (0.5)	43 (21.5)	156 (78.0)
การดูแลอาหารเฉพาะโรค	3.05 (0.54)	มากที่สุด	2 (1.0)	30 (15.0)	168 (84.0)
การบันทึกรายงานและการส่งต่อ	3.20 (0.46)	มากที่สุด	1 (0.5)	13 (6.5)	186 (93.0)
ภาพรวม	3.13 (0.48)	มากที่สุด	1 (0.5)	60 (30.0)	139 (69.5)

**ความเห็นต่อการดำเนินการอบรม และความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน
ในอนาคตสำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน**

ผู้เข้าร่วมอบรมที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 200 คน มีความเห็นต่อการอบรมในภาพรวม อยู่ระดับ
มากที่สุด ($\bar{X}$ =3.62) คิดเป็นร้อยละ 90.50 เมื่อพิจารณารายละเอียดรายข้อ พบว่า ผู้เข้าร่วมการอบรม
มีความเห็นว่า ควรมีการดำเนินโครงการฯ เพื่อฟื้นฟูทักษะ-ความรู้ ให้กับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ =3.63) คิดเป็นร้อยละ 90.75 รองลงมา คือประโยชน์ที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
ได้รับจากโครงการฯ อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ =3.61) คิดเป็นร้อยละ 90.25 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุ
และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) (n=200)

รายการประเมิน	$\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ	ระดับความมั่นใจ
1. ประโยชน์ที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้รับจากโครงการฯ	3.61 (0.54)	90.25	มากที่สุด
2. ท่านมีความเห็นว่าควรมีการดำเนินโครงการฯ เพื่อฟื้นฟูทักษะ- ความรู้ ให้กับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	3.63 (0.52)	90.75	มากที่สุด
ภาพรวม	3.62 (0.53)	90.50	มากที่สุด

สำหรับผู้เข้าอบรมอาสาสมัครบิบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ท่านมีความคาดหวัง ในฐานะ อาสาสมัครบิบาลท้องถิ่น ควรได้รับการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ดังนี้ ค่าตอบแทน (ร้อยละ 85.0) สภาพการทำงาน (ร้อยละ 31.5) สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติ (ร้อยละ 31.0) สัมพันธภาพกับบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 37.0) และการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งขอความช่วยเหลือสำหรับผู้เข้าไม่ถึงบริการ (ร้อยละ 7.5) นอกจากนี้ ผู้เข้าอบรมอาสาสมัครบิบาลท้องถิ่น มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบิบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) โดยเสนอให้มีการจัดทำคู่มือเอกสารการเข้าอบรมเพื่อทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา อยากรู้ให้ผู้บริหารทุกแห่งเห็นความสำคัญของหน้าที่บิบาล และอุดหนุนส่งเสริม โครงการช่วยเหลือผู้พิการอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดอบรมให้อยู่ในแต่ละจังหวัดเพื่อความสะดวกในการเดินทาง

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและพื้นที่ในการปฏิบัติงานนั้น ที่ต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในภาพรวมไม่ต่างกัน การประเมินระดับความสามารถของตนเอง การฝึกทักษะ และการทบทวนประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติที่เคยทำได้สำเร็จ เป็นการจัดให้อาสาสมัครบิบาลท้องถิ่น (อสบ.) ได้มีประสบการณ์ความสำเร็จเป็นของตนเอง⁽¹⁰⁾ มีผลทำให้อาสาสมัครบิบาลท้องถิ่นมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีโอกาสนำทักษะความรู้ที่ได้รับ ไปใช้จริงในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้อาสาสมัครบิบาลท้องถิ่นจนเกิดความชำนาญ การฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะและการให้อาสาสมัครบิบาลท้องถิ่นได้ทบทวนทักษะที่ได้รับโดยผู้วิจัยสามารถปรับแก้ในบางประเด็น ซึ่งยังไม่ถูกต้องได้นั้นพบว่าทำให้อาสาสมัครบิบาลท้องถิ่นเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างถูกต้อง สอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการจัดให้บุคคลใดก็ตามได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อ ฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะ และการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับ ปิยากรณ์ หวังมหามพร⁽¹¹⁾ ที่ให้ความหมายของคำว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง เป็นการทำงานที่เสียสละ ทำให้เป็นที่ยอมรับ และเป็นการทำความดี และการเข้ามาทำงานอาสาสมัคร แม้จะ มาด้วยการถูกชักจูงจากเพื่อน ลักษณะของครอบครัวที่ต้องผู้ป่วยที่ต้องดูแล และการเป็นอาสาสมัคร มีผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน จะทำให้การตัดสินใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครง่ายขึ้นเพื่อนำความรู้ ทักษะต่างๆ ที่ได้รับไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ และสอดคล้องกับ ไกรสร จุลโยธา⁽¹²⁾ ที่ระบุว่า เมื่อทำการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) เสริมด้วยกิจกรรมฝึกการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และคู่มือการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย แก่กลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบิบาลท้องถิ่น สูงกว่าก่อนการอบรม

ความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต อาสาสมัครบิบาลท้องถิ่น มีความคาดหวังว่าควรได้รับการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มอัตราค่าตอบแทน ให้เป็นไปตาม

ค่าตอบแทนแรงงานขั้นต่ำ คิดเป็นร้อยละ 85.00 สอดคล้องกับขวลิท สวัสดิ์ผล และคณะ⁽¹³⁾ การที่ภาครัฐจัดระบบสวัสดิการต่างๆทำให้เกิดความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงและช่วยเหลือกัน และสอดคล้องกับราชกิจจานุเบกษา วันที่ 7 มิถุนายน 2562 ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องค่าตอบแทน⁽¹⁴⁾ และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 37.00 สัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและญาติ คิดเป็นร้อยละ 31.00 เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ราบรื่น สอดคล้องกับ ชิตารักษ์ ลือชา และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า การทำงานร่วมกันอย่างมีหลักการเพื่อร่วมมือกันจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น รวมทั้งร่วมกันขับเคลื่อนระบบ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ประกอบด้วยการปรึกษาหารือร่วมกันแบบพร้อมหน้า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน การปฏิบัติร่วมกัน เป็นการร่วมมือกันในการปฏิบัติตามแผนงาน และจัดตั้งศูนย์รับแจ้งขอความช่วยเหลือสำหรับผู้เข้าไม่ถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 7.50 สอดคล้องกับ อรรพรรณ ศรีเกิน และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่าการพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผลวิจัยชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังติดเตียง มีลักษณะไป-มาเองไม่ได้ ต้องช่วยทั้งหมด มีโรคหรืออาการแทรกซ้อน และกลุ่มที่เจ็บป่วยหนัก มีเครื่องมือ อุปกรณ์ติดตัวเช่น สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร มีช่องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ใช้ออกซิเจนที่บ้าน ล้างไตทางหน้าท้อง แผลขนาดใหญ่ น้ำหนักถ่วงกระดุก มีท่อเจาะคอ เป็นต้น และให้บริการครอบคลุมอย่างน้อย 3 บริการหลักได้แก่ 1) การให้การดูแลที่บ้าน 2) ให้การดูแลต่อเนื่อง และ 3) การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย หรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อปรับหลักสูตรหรือมาตรฐานเนื้อหาให้ตรงกับความสามารถในการรับรู้ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและมีการพัฒนาทักษะความรู้ และเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเนื่องจากวิวัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว เพื่อให้มีประสิทธิภาพคุณภาพ ตรงกับความต้องการของนักบริบาลท้องถิ่น ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของแต่ละพื้นที่ ในประเทศไทยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยต่อไป ในศึกษาวิจัยด้านสมรรถนะของนักบริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ธนิกันต์ ศักดาพร. ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพเชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2554.

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 51 ก วันที่ 18 เมษายน 2562; แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580).
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน.เวทีเสวนา ‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.กรุงเทพฯ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2555.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559:24-32.
5. กระทรวงมหาดไทย. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 145 ง ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2562.
6. Kelder SH, Hoelscher D, Perry CL. How individuals, environments, and behaviors interact. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
7. Yamane T. Statistics and Introductory Analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1973.
8. Likert R. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Maranell G (editor). Scaling: A Sourcebook for Behavioral Scientists. New York: Routledge; 1967.
9. Best JW. Research in Education. 4th ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall; 1981.
10. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
11. ปิยากร หวังมหาพร. ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. วารสารวิชาการศรีปทุมชลบุรี. 2561;14(3):1-10.
12. ไกรสร จุลโยธา. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ. หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.2565;8(3):172-82.
13. ขวลิศ สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ, วารี ศรีสุรพล. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2560.
14. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 145 ง.ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกจ่าย พ.ศ. 2562
15. อิดารักษ์ ลือชา, อธิระภัทร เอกผาชัยสวัสดิ์. การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ: กรณีการสร้างร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2565;9(2):274-94.
16. อรรถธรณ ศรีเก็น, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, พรณิภา ไชยรัตน์. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(2):39-54.