

การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ดวงเนตร ธรรมกุล, ค.ด.*

เรณู ขวัญยืน, ค.ด.* และอรนุช ชูศรี, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เฝ้าระวังภาวะสุขภาพของคนในชุมชน การพัฒนาความรู้ ความสามารถให้ อสม. ซึ่งเป็นหมอบริการบ้าน เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนได้รับการดูแล ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความรู้ ทักษะความสามารถ ของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการได้รับบริการจาก อสม. ประชากรคือ อสม. ใน อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี ระหว่างเดือน มี.ค.- ก.ย 2567 จำนวน 1,779 คน และทำการคัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เครื่องมือ ได้แก่ คู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะความสามารถ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.67-1.00 และความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะความสามารถ และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ 0.69, 0.78, และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 มีอายุ 50-60 ปี ร้อยละ 36.70 ($M = 49.53$, $SD = 11.88$) จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.70 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 45.00 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง ($M = 16.72, 18.98$; $SD = 1.61, 1.65$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 9.10$) ผลการประเมินทักษะความสามารถ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนและหลังการอบรม ($M = 5.85, 7.32$; $SD = 1.93, 0.68$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 8.14$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการจาก อสม. ทั้งรายด้านและโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.80$, $SD = 0.51$) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยคู่มือการอบรมนี้ สามารถนำไปใช้ได้ และควรมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

สรุป การพัฒนาความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการจัดกระทำเป็นระยะๆ เพื่อเสริมสร้างความสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ อสม.ควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นระยะ ๆ (Refresh Course) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรจัดหลักสูตรอบรมทบทวนความรู้สำหรับ อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปี

คำสำคัญ: ทักษะความสามารถ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Corresponding E-mail: renu_kwa@dusit.ac.th

(Received: February 8, 2025; Revised: February 27, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Development of knowledge and skills of Village Health Volunteers in caring for Dependent Elderly

Doungnetre Thummakul, Ph.D.*

Renu Kwanyuen, Ph.D.* & Orranuch Chusri, Ph.D.Nursing*

Abstract

Introduction: Village Health Volunteers (VHVs) are responsible for monitoring the health conditions of people in their communities. They develop the knowledge and of skills of VHVs, who are the village doctors, to ensure that people receive care, consultation, and assistance, especially the elderly who are dependent.

Objective: To assess the knowledge and skills of VHVs in caring for dependent elderly and to evaluate the satisfaction of dependent elderly with the services provided by VHVs.

Research Methodology: This study is quasi-experimental research. The population consists of VHVs in Bang Pla Ma district, Suphanburi province, between March and September 2024, totaling 1,779 people. The purposive selection method resulted in a sample of 60 people. The instruments were a training manual for caregivers of dependent elderly, a knowledge test, a skills assessment form, and a satisfaction assessment form for services for dependent elderly. The validity was checked by three experts. The index of consistency was 0.67 -1.00, and the reliability of the knowledge test, skills assessment form, and satisfaction assessment form was 0.69, 0.78, and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-tests.

Results: Most of the sample group were female (96.70%), aged 50-60 years (36.70%, $M = 49.53$, $SD = 11.88$), and 46.70% had completed secondary education. The main occupation of 45.00% of the participants was farming. The comparison of the knowledge levels of the training participants showed a statistically significant difference between pre-test and post-test scores ($p < .05$, $t = 9.10$). Skills assessment revealed mean scores before and after training (5.85, 7.32; $SD = 1.93$, 0.68) with a statistically significant difference ($p < .05$, $t = 8.14$). And the elderly who were dependent had the highest satisfaction scores with the services provided by the village health volunteers, both in each aspect and overall ($M = 4.80$, $SD = 0.51$). Therefore, the development of the capacity of VHVs in caring for the elderly with dependency with this training manual can be applied and should be reviewed continuously and periodically.

Conclusion: Development of the capacity of VHVs to care for the elderly with dependency should be carried out periodically to enhance their capacity and skills in caring for the elderly with dependency.

Implications for practice: VHVs should receive periodic ability development training for caring for the dependent elderly (Refresh Course). So, Professional nurses should set up this annually training course to knowledge revision for VHVs and caregivers.

Keywords: skill village health volunteers (VHVs) dependent elderly

*Faculty of Nursing, Suan Dusit University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (พราโมทย์ ประสาทกุล, 2566) ส่วนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.7 มีสุขภาพดี และร้อยละ 41.6 มีสุขภาพปานกลาง และจากการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อความเหมาะสมการดำเนินการดูแล ส่งเสริมสุขภาพระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพ จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน 2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ซึ่งผลจากการสำรวจ พบว่า ในปี 2564 มีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ซึ่งจะพบว่าผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มติดสังคมเป็นส่วนใหญ่ และจากการศึกษาแนวโน้มอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุซึ่งแสดงถึงภาระที่วัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 10.7 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 31.1 ในปี 2567 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะสุขภาพเชิงรุกจึงมีความสำคัญ ทิมสุขภาพที่ทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรมีกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกให้กับผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ติดบ้าน) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) ก็มีมากขึ้น จำเป็นต้องมีการพึ่งพิงที่มากขึ้น บทบาทภาระหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรบูรณาการทั้งภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง 20 ปี (พราโมทย์ ประสาทกุล, 2566) ดังนั้นการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบต่อครัวเรือน จึงต้องให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นปีสุขภาพผู้สูงวัยไทย โดยมุ่งเน้นให้ อสม.เป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพ และให้เข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การคัดกรองสุขภาพในปีงบประมาณ 2566 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 7,085,919 คน คิดเป็นร้อยละ 68.82 พบว่า ผู้สูงอายุมีความผิดปกติ ด้านการมองเห็นมากที่สุด ร้อยละ 22.25 รองลงมา เป็นด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 20.83 และการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 16.08 ตามลำดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567) เมื่อมีศักยภาพในการคัดกรองแล้ว การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ ควรได้รับการพัฒนาความสามารถของ อสม. เป็นระยะ ตามความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจึงต้องการการดูแลที่บ้าน (วรรณ ประสารอริคม, 2557) ซึ่งประเด็นปัญหาและความต้องการของ อสม. ส่วนใหญ่ ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน ขาดที่ปรึกษาทางวิชาการ และไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน (ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์, และรวีวรรณ ศรีเพ็ญ, 2562) ควรมีการเพิ่มศักยภาพและพัฒนาทักษะให้กับ

อสม.ในจังหวัดสุพรรณบุรีให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงได้มากขึ้น (วิเชียร มูลจิตร, 2564) และจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทยจากปี 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 75,439 คน และพบว่า ในเขตอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรีมีผู้สูงอายุในความดูแลเป็นผู้สูงอายุติดเตียง

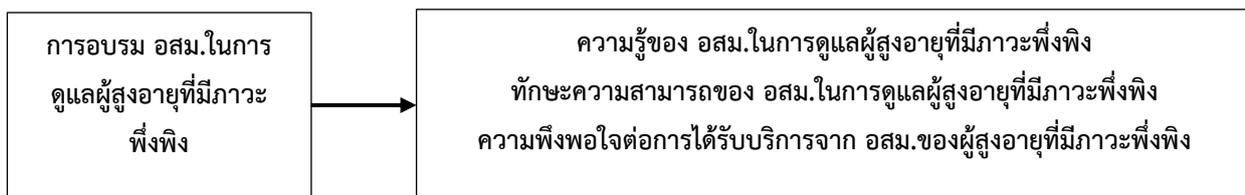
จากข้อมูลดังกล่าวนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาคู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อตอบสนองความต้องการของสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน และนโยบาย 3 หมอรู้จักคุณ ช่วยให้ อสม. มีการเพิ่มเติมความรู้ และทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงต่อไปได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรู้ และทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่ได้รับการพัฒนา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการที่ อสม.ใน อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี มีความต้องการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรมพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรู้ และทักษะความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการบริการของ อสม. ในตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 –30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ อสม. อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1,779 คน

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ได้แก่ อสม. ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายได้ตำบลวัดดาว ซึ่งมี อสม. จำนวน 163 คน และทำการคัดเลือก อสม. แบบเจาะจงจาก 10 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 6 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็น อสม.ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) ไม่มีปัญหาทางสภาวะทางจิตใจ 4) มีและสามารถใช้ Smartphone ได้ 5) สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามในแอปพลิเคชันได้ และ 6) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาทางสภาวะทางจิตใจ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัย 3) มีภาวะแทรกซ้อนขณะดำเนินการวิจัย และ 4) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการได้

ระยะที่ 2 ระยะติดตามผลจากการอบรม คือการคัดเลือก อสม. ที่ผ่านการอบรมระยะที่ 1 แบบเจาะจงจากผู้ที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแล 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยินยอมเข้าร่วม วิจัย มีจำนวนทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. คู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับ อสม. เป็นคู่มือที่ได้พัฒนาจากโครงการวิจัยการพัฒนา ต้นแบบการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, อรุณช ชูศรี, และ ณัฐรพี ใจงาม, 2565) จำนวน 18 ชั่วโมง ซึ่งพัฒนามาจากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง (คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ, 2556) เนื้อหาประกอบด้วย ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ติดเตียง ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพ: ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การใช้ยาในวัยผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการ การดูแลเพื่อคลาย ความเครียด สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้/บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการใช้ เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ คำนวณความสอดคล้อง = 1.00

2. สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะความสามารถ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ทุกเครื่องมือได้ค่าดัชนีความ สอดคล้อง = 0.67-1.00 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้ ด้วย KR-20 และแบบประเมินทักษะความสามารถใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่เข้าร่วมโครงการฯ ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค ได้ค่าเท่ากับ 0.69, 0.78, และ 0.98 ตามลำดับ แบบทดสอบ ความรู้เป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับความรู้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เกณฑ์ระดับคะแนนความรู้ เฉลี่ยน้อยที่สุด-มากที่สุด (0.00-4.00, 5.00-8.00, 9.00-12.00, 13.00-16.00 และ 17.00-20.00) แบบวัดทักษะ ความสามารถ มีจำนวน 4 ทักษะ เป็นแบบมาตรวัด 3 ระดับ คะแนน 0-2 คือ ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติได้ถูกต้องไม่ครบถ้วน และ ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน คะแนนเต็ม 8 คะแนน แบ่งเกณฑ์ระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถโดยรวมเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับมีทักษะความสามารถน้อย มีทักษะความสามารถปานกลาง และมีทักษะความสามารถมาก (0.00-2.67, 2.68-5.33, 5.34-8.00) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่ผ่านการ

อบรม มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 พึงพอใจน้อยที่สุด-มากที่สุด แบ่งเกณฑ์ระดับคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจรายด้านและโดยรวมเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจน้อยที่สุด-มากที่สุด (10.00-17.00, 18.00-25.00, 26.00-33.00, 34.00-41.00, 42.00-50.00 ตามลำดับ)

การพิทักษ์สิทธิ

การศึกษานี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RDI-HS 2024-030 โครงการย่อยที่ 1 HS028/2567 ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับและทำลายข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจพร้อมลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ซึ่งมี 2 ระยะ ในระยะการอบรม ได้แก่ อสม. ผู้เข้าร่วมอบรม ในระยะที่ลงพื้นที่ มีการลงนามยินยอมอีกครั้ง ได้แก่ อสม. และผู้สูงอายุหรือผู้มีสิทธิในการลงนาม (กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถลงนามด้วยตนเองได้) และท่านจะได้รับคู่มือการอบรม อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำส่งข้อมูลให้กับผู้อำนวยการองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา อสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงข้อมูลการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ มีระยะเวลาการอบรม จำนวน 3 วัน (18 ชั่วโมง) โดยการจัดอบรมประกอบด้วย การให้ความรู้ภาคทฤษฎี จำนวน 10 ชั่วโมง และภาคทดลอง จำนวน 8 ชั่วโมง ในการฝึกปฏิบัติกับหุ่นโดยมีการกำหนดสถานการณ์จำลอง และการติดตามประเมินผลหลังจบการอบรมโดยลงพื้นที่และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน รายละเอียดการอบรมและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการจัดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่/เวลา	กิจกรรมหัวข้อการจัดอบรม หรือการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม.
1 8.00-12.00 น.	- ประเมินความรู้ ทักษะความสามารถการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการอบรม 1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ติดเตียง (ท 1 ชม) 2. โรคที่พบบ่อยและภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ: BLS, ปฐมพยาบาลเบื้องต้น (ท 1.5 ชม) 2.1 ฝึกปฏิบัติการทำ BLS 2.2 การปฐมพยาบาลขั้นต้น (ป.1.5 ชม.)
1 13.00-16.00 น.	3. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น 4. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้: 4.1 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (ท 1.5 ชม) 4.2 ฝึกทดลองการการดูแลความสบาย การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการวัดสัญญาณชีพ (ป 1.5 ชม)

ครั้งที่/เวลา	กิจกรรมหัวข้อการจัดอบรม หรือการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม.
2 9.00-12.00 น.	5. การใช้จ่ายในวัยสูงอายุ 6. การส่งเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (ท 1.5 ชม) - การฝึกทดลองการจัดทำ และการให้อาหารทางสายยาง (ป 1.5 ชม.)
2 13.00-16.00 น.	7. การดูแลเพื่อคลายความเครียด 8. สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ (ท 1.5 ชม) - การออกกำลังกาย และการฝึกบริหารสมอง (ป 1.5 ชม)
3 9.00-12.00 น.	9. บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ท 2 ชม/ ป 1 ชม)
3 13.00-15.00 น.	10. การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและดูแลผู้สูงอายุ (ท 1 ชม/ป 1 ชม) ○ การใช้แอปพลิเคชัน Screening Aging Health ○ การใช้แอปพลิเคชัน SDU Brain Training - ประเมินความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการอบรม
4 9.00-15.00 น.	- การเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนการติดตามผลการอบรมโดยการให้ อสม.ตรวจเยี่ยม และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 ครั้ง - ดำเนินการประเมินประสิทธิผลของ อสม. โดยนักวิจัย และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการ
หมายเหตุ: ท=ทฤษฎี, ป=ปฏิบัติ/ทดลอง, ชม=ชั่วโมง	

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ทักษะความสามารถ ประเมินประสิทธิผล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้สถิติวิเคราะห์ paired *t*-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ ก่อนและหลังการอบรมและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ *t*-test คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาจากการสุ่ม ข้อมูลอยู่ในระดับ interval scale และมีการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยขอเสนอตามลำดับ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ระดับความรู้ ระดับทักษะความสามารถ และระดับความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจาก อสม.ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของ อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.70) อายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 36.70) มีอายุเฉลี่ย 49.53 ปี (*SD*= 11.88) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.70) อาชีพหลักเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 45.00) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (n=60)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
			ระดับการศึกษา		
เพศ			ประถมศึกษา	20	33.30
ชาย	2	3.30	มัธยมศึกษา	28	46.70
หญิง	58	96.70	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4	6.70
			อาชีพหลัก		
อายุ			ปริญญาตรี	8	13.30
20 - 30	5	8.30	รับจ้างรายวัน	12	20.00
30 - 40	9	15.00	ค้าขาย	8	13.30
40 - 50	13	21.70	เกษตรกรกรม	27	
50 - 60	22	36.70	ประกอบอาชีพอิสระ	5	8.30
มากกว่า 60	11	18.30	เป็นเจ้าของธุรกิจ	4	6.70
อายุเฉลี่ย 49.53 ปี ($SD = 11.88$)			อื่นๆ	4	6.70

จากการประเมินความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน และหลังการอบรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมโดยรวม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 16.72, 18.98, SD = 1.61, 1.65$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อก่อนการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงสุดในหัวข้อ การแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทันทีเป็นแนวทางป้องกันโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ การเดินออกกำลังกายในช่วงเช้าและ/หรือช่วงเย็นทำให้ร่างกายแข็งแรง และการแบ่งปันอาหารหรือสิ่งของใดใดแก่เพื่อนบ้านช่วยให้ท่านสุขใจเป็นการเสริมสร้างสุขภาพด้านจิตสังคม มีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($M = 1, SD = 0$) ส่วนข้อที่มีความรู้ต่ำที่สุด คือ คำขวัญของคนสูงวัย คือ ไม่สิ้น ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินอาหารให้ร่อย คะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด ($M = 0.18, SD = 0.39$) และรองลงมา คือ การอาบน้ำเย็นในเวลากลางคืนเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นตะคริวได้ง่าย คะแนนเฉลี่ยระดับน้อย ($M = 0.40, SD = 0.49$) ส่วนระดับความรู้หลังการอบรมเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงสุดในหัวข้อ การรับประทานอาหารเข้าทุกวันเป็นวิธีการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายที่ดี เมื่ออยู่กลางแจ้งผู้สูงอายุควรสวมแว่นตากันแดดเพื่อถนอมสายตา ซึ่งก็เป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง การสวมหมวกก่อนนอนเป็นวิธีหนึ่งของการสร้างเสริมด้านจิตวิญญาณช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น และการแบ่งปันอาหารหรือสิ่งของใดใดแก่เพื่อนบ้านช่วยให้ท่านสุขใจเป็นการเสริมสร้างสุขภาพด้านจิตสังคม มีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($M = 1, SD = 0$) ส่วนข้อที่มีความรู้ต่ำที่สุด คือ การอาบน้ำเย็นในเวลากลางคืนเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นตะคริวได้ง่าย มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($M = 0.78, SD = 0.42$) และรองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาท่อน้ำปัสสาวะได้ไม่ดีหรือมีปัญหาปัสสาวะเล็ดควรแก้ปัญหาด้วยการดื่มน้ำน้อย ๆ คะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($M = 0.83, SD = 0.38$)

ผลการประเมินทักษะความสามารถการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. ก่อน-หลังการอบรม พบว่าทักษะความสามารถโดยรวมทั้งก่อนและหลังการอบรมมีทักษะความสามารถมาก ($M = 5.85; 7.32; SD = 1.93, 0.68$ ตามลำดับ) โดยพบว่าการอบรมทุกทักษะ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/การจัดทำผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถมาก ($M = 1.48; 1.50, 1.45, 1.42; SD = 0.50$ ทุกทักษะ ตามลำดับ) พบว่าการให้อาหารทางสายยางมีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถสูงสุดและหลังการอบรมทุกทักษะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถมากขึ้นเหมือนกัน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถที่สูงกว่าก่อนการอบรมทุกทักษะ ($M = 1.93; 1.50, 2.00, 1.88; SD = 0.25, 0.50, 0, 0.32$ ตามลำดับ) ยกเว้น ทักษะการให้อาหารทางสายยางที่มีคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถเท่าเดิม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลทักษะความสามารถการดูแลผู้สูงอายุรายข้อและโดยรวม ($n=60$)

หัวข้อการประเมิน	ระดับทักษะความสามารถ					
	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
1. การวัดสัญญาณชีพ	1.48	0.50	มาก	1.93	0.25	มาก
2. การให้อาหารทางสายยาง	1.5	0.50	มาก	1.5	0.50	มาก
3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/การจัดทำผู้ป่วย	1.45	0.50	มาก	2	0	มาก
4. การช่วยฟื้นคืนชีพ	1.42	0.50	มาก	1.88	0.32	มาก
ทักษะความสามารถโดยรวม	5.85	1.93	มาก	7.32	0.68	มาก

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะความสามารถของ อสม. ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถก่อนการอบรม ($M = 16.72, 5.85; SD = 1.61, 1.93$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะความสามารถหลังการอบรม ($M = 18.89, 7.32; SD = 1.65, 0.68$ ตามลำดับ) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.10, 8.14; p<0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการอบรม ($n=60$)

รายการ	ความรู้					ทักษะ				
	M	SD	t	df	p	M	SD	t	df	p
ก่อนอบรม	16.72	1.61	9.10	59	0.00*	5.85	1.93	8.14	59	0.00*
หลังอบรม	18.98	1.65				7.32	0.68			

2. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจาก อสม.ที่คัดเลือกจากผู้ที่ผ่านการอบรมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ราย พบว่าทุกรายการได้ผลการประเมินความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.60-4.90$; $SD = 0.32-0.84$) ข้อที่ได้ผลการประเมินความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันมี 4 รายการได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล และคำแนะนำในการปฏิบัติตนได้ สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ และเต็มใจช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ให้ และภาพรวมความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ($M = 4.90$; $SD = 0.32$) ส่วนข้อที่ได้ผลการประเมินความพึงพอใจสูงสุดในระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ท่านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ($M = 4.60$; $SD = 0.84$) สำหรับผลคะแนนเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน ($M = 4.80$; $SD = 0.51$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจาก อสม.ที่ผ่านการอบรมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อและโดยรวม ($n=10$)

หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจต่อบริการ		
	M	SD	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล และคำแนะนำในการปฏิบัติตนได้	4.90	0.32	มากที่สุด
2. สามารถให้การดูแลท่านได้ดี	4.70	0.67	มากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการให้บริการ	4.80	0.42	มากที่สุด
4. สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	4.90	0.32	มากที่สุด
5. เจ้าหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือในสิ่งที่ท่านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	4.60	0.84	มากที่สุด
6. ท่านรู้สึกปลอดภัยในบริการที่ได้รับ	4.80	0.63	มากที่สุด
7. ความเร็วในการให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านขอความช่วยเหลือ	4.80	0.42	มากที่สุด
8. มีความใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของท่าน	4.70	0.67	มากที่สุด
9. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ และเต็มใจช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ให้กับท่าน	4.90	0.32	มากที่สุด
10. ในภาพรวมความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ	4.90	0.32	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.80	0.51	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การอบรม อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 18 ชั่วโมง การอบรมมีทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และการฝึกภาคปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะความสามารถของ อสม.ในการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ทำให้ผลการประเมินความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้น และทักษะความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นด้วย โดยหัวข้อในการอบรมนั้นมีเนื้อหาที่ทันสมัย และสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถ โดยใช้หลักการเรียนรู้ด้วยการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงการนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีผู้นิเทศขณะปฏิบัติจริง และมีการสะท้อนคิดหลังจากลงฝึกปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักสูตร ฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นสมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และสามารถจัดการสุขภาพนำไปสู่สุขภาพ

และคุณภาพชีวิตที่ดี ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2564) และการศึกษาการเรียนรู้จากการได้ทดลองทำจริง จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้นำไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ การสนับสนุนที่หลากหลาย ก่อให้เกิดทักษะความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอ (Rajaa, Sahu, & Thulasingham, 2022) อีกทั้งการฝึกอบรมจะช่วยให้ อสม.มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Pitchalard, Moonpanane, Wimolphan, Singkhorn, & Wongsuraprakit, 2022) อย่างไรก็ตามการจัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลพูดคุยที่บ้านในชนบท แอฟริกันในช่วงแรก อสม.จะมีการเรียนรู้และคงความรู้ได้เป็นอย่างดีในช่วง 3 เดือนแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปเขาจะสูญเสียความรู้ไป ซึ่งการอบรมให้กับ อสม.จึงมีความจำเป็น เพื่อให้การดูแลในชุมชนพื้นที่ยากจนอื่นๆทั่วโลกเกิดประสิทธิภาพได้ (Moon, Alizadeh, Chaw, Mulongo, Schaeffle, Yao-Cohen, Musominalli, & Paccione, 2020) และได้มีข้อคิดเห็นว่าการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อเพิ่มพูนทักษะการดูแลและการเยี่ยมบ้านในชุมชน เพราะการเพิ่มความรู้มีความสำคัญสำหรับการเพิ่มสมรรถนะให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเจริญ บัวพุ่ม สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม (2567) เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอสม. ที่ได้กล่าวว่าการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความสามารถเพิ่มขึ้น

อสม.ที่ผ่านการอบรมมีทักษะความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าก่อนการอบรมจะมีทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก แต่หลังการอบรม อสม.มีทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมากเช่นเดียวกัน และมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มากขึ้น ซึ่งการให้บริการของ อสม. จะช่วยปรับปรุงสุขภาพกายและสุขภาพใจ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระทางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ยังช่วยปรับปรุงทัศนคติเชิงบวกต่อการแก่ชราด้วย (Liu, Duan, & Xu, 2020) จึงทำให้การบริการและทักษะความสามารถของ อสม.ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับความประเมินความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้ต้องการการดูแลและพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดนโยบายการดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) เพื่อให้การดูแลที่บ้านและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังการอบรมเพื่อปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ราย พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งรายข้อและโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 คน จากชุดข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 2 ปี พบความพึงพอใจในการรับบริการดูแลในบริการการดูแลระยะยาวสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง (Suriyanrattakorn, & Chang, 2021) ทำให้ความต้องการในการพัฒนาตนเองของ อสม.ในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้น เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อีกทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดย อสม.มีประสิทธิภาพในการลดจำนวนการเข้าห้องฉุกเฉินและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะที่ไม่รุนแรงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงได้ หากมีการประเมินปัญหาเฉียบพลันในระยะเริ่มต้นที่ต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Lai, Wong, Tam, Cheung, Lau, Wu, Wong, Ma, Yip, & Yeoh, 2022) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพ อสม.จึงควรมีการฝึกฝน อบรม เป็นระยะๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการจัดการอบรมให้มีกิจกรรมภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ให้เกิดการฝึกฝน จนสามารถนำมาใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จนก่อให้เกิดความพึงพอใจในการได้รับการบริการจาก อสม.

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำการอบรมไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการอบรมโดยเน้นการการคัดอบรมเชิงปฏิบัติการมีการฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้จริง

2. ด้านการศึกษา นำผลจากการวิจัยไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา เพื่อให้ให้นักศึกษาเกิดความรู้อย่างเข้าใจ และเกิดทักษะในการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป การวัดทักษะความสามารถในงานวิจัยนี้มีเพียง 4 ทักษะ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การให้อาหาร การเคลื่อนย้ายและจัดทำผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพ และศึกษาข้อมูลกลุ่มเดียว ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อวัดผลความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลนายกองค้การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). *ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ: รายงานข้อมูลทั่วประเทศ*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. <https://3doctor.hss.moph.go.th/main/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่: หลักสูตรฝึกอบรมสมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม กองสถิติสังคม และสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ. (2556). *คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง*. โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงเนตร ธรรมกุล เรณู ขวัญยืน อรนุช ชูศรี และณัฐพรพี ใจงาม. (2565). ประสิทธิภาพการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 3(3), 105-16.
- ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ บุญศรี กิตติโชติพานิชย์ และบุญศรี ศรีเพ็ญ. (2562). ปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัคร ประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม. *วารสารการพยาบาล*, 21(2), 23-3.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และภูษิต ประคองสาน (บรรณาธิการ). (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).

- พรเจริญ บัวพุ่ม สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม. (2557). หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(3), 60-7.
- วิเชียร มุลจิตร. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(1), 36-50.
- วรรณัน ประสารอริคม. (2557). *แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (concept of home care)*. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf/2563>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- Pitchalard, K., Moonpanane, K., Wimolphan, P., Singkhorn, O., & Wongsuraprakit, S. (2022). Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3): 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.011>
- Lai, F. T. T., Wong, E. L., Tam, Z. P., Cheung, A. WL, Lau, M. C., Wu, C. M., ... & Yeoh, E. K. (2022). Association of volunteer-administered home care with reduced emergency room visits and hospitalization among older adults with chronic conditions: A propensity-score-matched cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 127, 104158. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104158>
- Liu, Y., Duan, Y., & Xu, L. (2020). Volunteer service and positive attitudes toward aging among Chinese older adults: The mediating role of health. *Social Science & Medicine*, 265: 113535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113535>
- Moon, C., Alizadeh, F., Chaw, G. F., Mulongo, M. I., Schaeffle, K., Yao-Cohen, M., ... & Paccione, G. (2020). An educational intervention in rural Uganda: Risk-targeted home talks by village health workers. *Patient Education and Counseling*, 103(6): 1209-1215.
- Rajaa, S., Sahu, S. K., & Thulasingham, M. (2022). Assessment of Community Health Volunteers contribution and factors affecting their health care service delivery in selected urban wards of Puducherry – A mixed-methods operational research study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 17: 101135. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101135>
- Suriyanrattakorn, S., & Chang, C. L. (2021). Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy OPEN*, 2: 100026. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100026>