



The Effects of Capacity Building Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Ability to Screen Elder Abuse in Community*

Junjira Seesawang, RN, PhD¹, Pulawit Thongtaeng, RN, PhD²

Abstract

Purpose: To study the effects of a capacity building program for village health volunteers on knowledge and ability to screen elder abuse in community.

Design: Quasi-experimental research design.

Methods: Sixty village health volunteers were divided into the control and experimental group with 30 each who lived in a province of Thailand. The experimental group received the capacity building program for screening elder abuse based on participatory learning concept for 8 weeks which comprised elder abuse screening education and training, screening elder abuse in the community, assessment of village health volunteer working in community, and focus group discussion. Data were collected using a set of questions to assess elder abuse knowledge and ability to screen elder abuse before and after the program implemented. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Main findings: The results revealed that the experimental group had higher scores of knowledge and ability regarding elder abuse screening at post program than that at pre-program ($p < .001$) and that in the control group ($p < .001$).

Conclusion and recommendations: An appropriate knowledge and skill toward elder abuse and participatory learning could enhance village health volunteers' knowledge and ability to perform elder abuse screening. Thus, nurse should increase accurate understanding and important skills toward elder abuse screening in community for village health volunteers by allowing them to participate in discussion, practice elder abuse screening and discuss the problem and suggestion after performing elder abuse screening.

Keywords: capacity building, elder abuse, knowledge, screening, village health volunteer

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(2):17-32

Corresponding Author: Lecturer Pulawit Thongtaeng, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, 50180 Thailand; e-mail: pulawit@yahoo.com

* This research project is supported by the Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

¹ Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi, Thailand

² Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Thailand

Received: 19 July 2022 / Revised: 14 September 2022 / Accepted: 9 November 2022



ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน*

จันทร์จิรา สีสว่าง, PhD¹ পুলวิช ทองแดง, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากจังหวัดหนึ่ง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ปฏิบัติการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามประเมินการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน และการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมด้วยแบบประเมินความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้ และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และสามารถคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นฝึกปฏิบัติทักษะในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมในการอภิปรายประเด็นปัญหา และข้อเสนอแนะภายหลังการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ความรู้ การคัดกรอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(2):17-32

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์ পুলวิช ทองแดง, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50180, e-mail: pulawit@yahoo.com

* โครงการวิจัยได้รับทุนจาก สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

¹ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วันที่รับบทความ: 19 กรกฎาคม 2565 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 14 กันยายน 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 9 พฤศจิกายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมของผู้สูงอายุ (aging society) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 จากประชากรไทย 66.2 ล้านคน และเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และสำนักงานสถิติ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวหรือระดับสุดยอด (super aged society) ในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 และในปี พ.ศ. 2583 จะเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 31.28 ของประชากรทั้งประเทศ¹ สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ และการเพิ่มขึ้นของภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะพึ่งพาเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ² เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องพึ่งพาเป็นระยะเวลานาน³

ปัญหาการกระทำรุนแรงหรือการทารุณกรรมผู้สูงอายุ พบได้ในหลายรูปแบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทางเพศ ทรัพย์สิน และการทอดทิ้ง⁴ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15.7 ของผู้สูงอายุมีประสบการณ์ได้รับการกระทำรุนแรง โดยร้อยละ 11.6 มีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจ รองลงมาร้อยละ 2.6 มีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย และร้อยละ 0.9 ถูกละเมิดทางเพศ⁵ สำหรับในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 14.6 มีประสบการณ์ได้รับการกระทำรุนแรง⁶ โดยได้รับการกระทำรุนแรงด้านจิตใจ จากการถูกดูต่ำ ก้าวร้าว ถูกเหยียดหยาม พบมากที่สุด ร้อยละ 15.2 รองลงมาเป็น การถูกรีดไถ หลกหลวง หยิบยืม หรือเอาสิ่งของทรัพย์สินไปแล้วไม่คืนให้ พบร้อยละ 6.8 และการถูกบังคับจำกัดพื้นที่ พบน้อยที่สุดร้อยละ 2.1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ คือ

บุตรชายและบุตรสาว บุตรเขย พี่ชายของสามี และหลาน^{3,7-8} และในจังหวัดเพชรบุรี พบผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ร้อยละ 2.52⁹ ซึ่งการกระทำดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ¹⁰

อย่างไรก็ตามเมื่อมีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบ อาจเนื่องมาจากผู้กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นบุคคลในครอบครัว หรือผู้ที่ผู้สูงอายุรักและผูกพัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจเข้าใจว่า ความรุนแรงเป็นเรื่องภายในครอบครัว ผู้สูงอายุบางรายอาจกลัวการกระทำที่รุนแรงขึ้น^{3,10} ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้ปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุไม่เป็นที่รับรู้ของสังคม ทำให้การให้ความช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ กระทำได้ค่อนข้างยากลำบาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาอย่างต่อเนื่องและยาวนานจนขาดความผาสุกในการใช้ชีวิตบั้นปลาย และนำไปสู่การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁵ แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับการกระทำรุนแรงต่อประชากรวัยเด็กและผู้หญิง และสังคมไทยยังมองว่าการกระทำรุนแรงเป็นเรื่องภายในครอบครัว ทำให้การรายงานเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุยังมีน้อย และเป็นปัญหาซ่อนเร้น⁷

บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการสืบค้นและการเฝ้าระวังปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ การประเมินและการคัดกรอง การรายงานปัญหา และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง¹¹ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง หรือการรายงานปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชนจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล

ช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และป้องกันผลกระทบระยะยาวในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดทักษะในการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรง โดยในการค้นหาข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมักจะสอบถามผู้สูงอายุตรงๆ ซึ่งประเด็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องอ่อนไหว การถามอย่างตรงไปตรงมา จึงอาจไม่ได้ความจริงเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรง¹² ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานเชิงรุกในการเข้าถึงปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมความรู้และการฝึกทักษะในการสืบค้นและคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ¹²

นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาหรือการพัฒนาโปรแกรมที่ให้ความรู้ หรือพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่ามีจำนวนจำกัด และเป็นการพัฒนาโปรแกรมการสอนออนไลน์ เพื่อให้พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ การประเมินและการรายงานปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยหลังจากการใช้โปรแกรมพบว่า พยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ยังไม่สามารถซักประวัติ หรือสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงได้อย่างครอบคลุม ส่งผลต่อการรายงานปัญหาที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง¹³⁻¹⁴ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวไม่ใช่การศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ร่วมงานและมีศักยภาพในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แต่เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองปัญหา

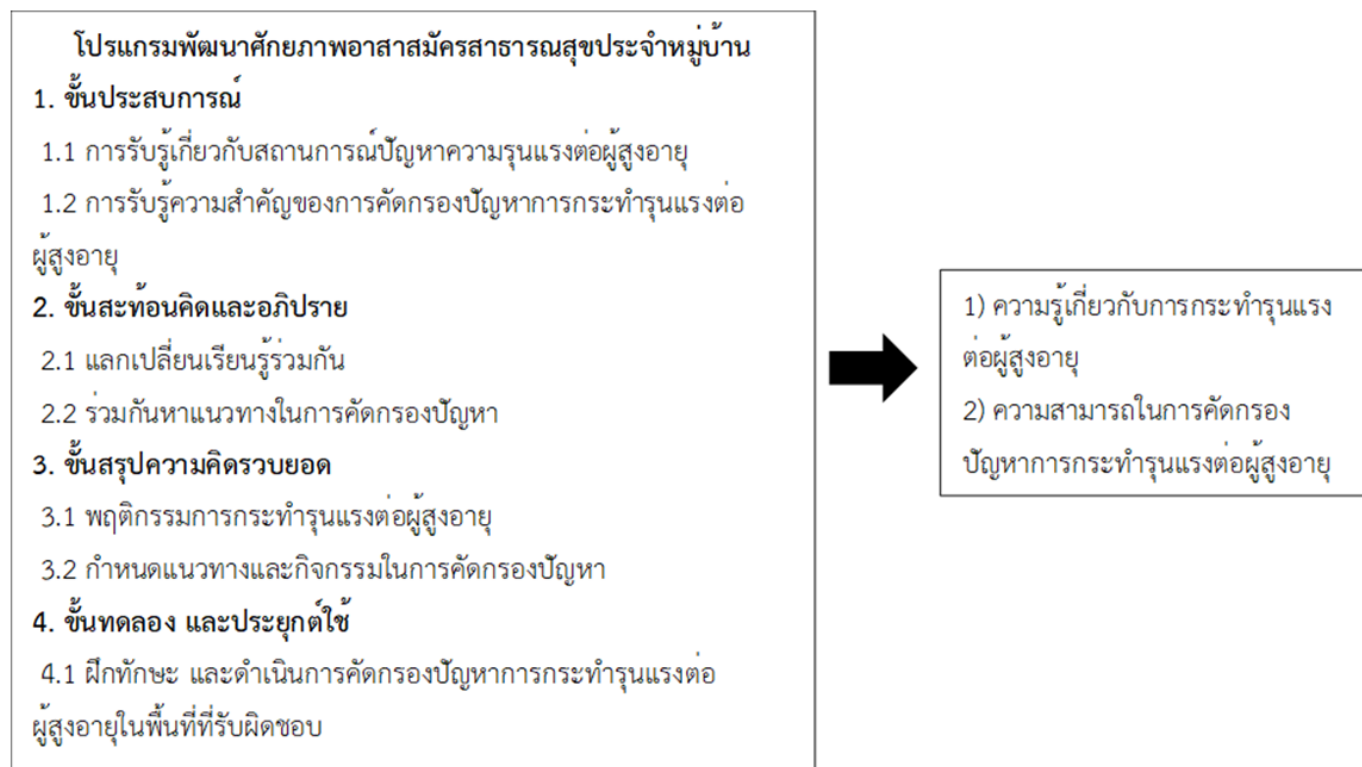
การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ตามแนวคิดของ Kolb¹⁵ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และมีทักษะในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ รวมถึงประยุกต์ใช้ความรู้ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในการปฏิบัติงานในชุมชนได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning process) ของ Kolb¹⁵ โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะช่วยขับเคลื่อนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการรับรู้สถานการณ์และสภาพปัญหา นำไปสู่การร่วมกันวางแผนร่วมกันดำเนินการตามแผน และติดตามประเมินการดำเนินการในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประสบการณ์ (experience) เป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมวิเคราะห์ปัญหาค้นหาสาเหตุของปัญหา ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ รวมถึงประสบการณ์เดิมของตนในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ 2) ขั้นการสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflect and discussion) เป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันพิจารณาปัญหา เพื่อนำไปสู่การพิจารณาแนวทางในการสืบค้นและคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ 3) ขั้นความคิดรวบยอด (conceptualization) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสรุปข้อตกลงและหลักการ เพื่อคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับ

และ 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experimentation/ application) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฝึกทักษะในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และ

ดำเนินการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงการติดตามผลและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน (แสดงภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน มีความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน มีความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 2,187 คน

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ด้วยการสุ่มแบบจับคู่กับกลุ่มทดลองที่ละคู่ (matching paired) จากทะเบียนประวัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันที่สุดในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่างกันไม่เกิน 5 ปี ตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพศชายและหญิงอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) พักอาศัยและปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ที่เป็นพื้นที่ในการวิจัย มากกว่า 1 ปี และ 3) สามารถสื่อสาร อ่าน เข้าใจภาษาไทย และภาษาท้องถิ่นได้ดี

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีความผิดปกติด้านการมองเห็น และการสื่อสาร และ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีปัญหาสุขภาพจิต

เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด ได้ครบทุกครั้ง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป G*Power version 3.1 โดยกำหนด effect size = .8 โดยใช้งานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน¹³ ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมออนไลน์เกี่ยวกับการกระตุ้นแรงต่อผู้สูงอายุ การปล่อยปละละเลย และการเอาใจเปรียบผู้สูงอายุ

และคำนวณขนาดอิทธิพลด้วยสูตรของ Cohen¹⁶ กำหนดค่าความเชื่อมั่น = .05 และ power of test = .80¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 60 คน ซึ่งระหว่างดำเนินการวิจัยไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹⁵ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความหมาย ชนิดของการกระทำรุนแรง/ลักษณะพฤติกรรม สาเหตุ การคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ การรายงานปัญหา และการดูแลช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และพิจารณาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และที่ต้องการในอนาคต

ขั้นตอนที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำข้อมูลจากการประชุมกำหนดแนวทาง วิธีการ และบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและเฝ้าระวังปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน และสนทนากลุ่มเพื่อติดตามการดำเนินงานภายหลังการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้

ขั้นตอนที่ 4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฝึกทักษะการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ก่อนนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงในชุมชน

1.2 คู่มือการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับการพยาบาล ผู้สูงอายุ 3 ท่าน ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ ชนิดของการกระทำรุนแรง การสืบค้นปัญหา การประเมินและการคัดกรอง การรายงานปัญหา และการดูแลและการช่วยเหลือ

1.3 วิถีทัศน์เรื่องการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย ชนิดของการกระทำรุนแรง และตัวอย่างของพฤติกรรมที่กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มีความยาว 20 นาที

1.4 แบบตรวจสอบรายการ (checklist) ทักษะในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจำนวน 10 ข้อ ที่มีรายการประเมินเหมือนกับแบบประเมินความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งแบบตรวจสอบรายการนี้ ผู้วิจัยใช้ประเมินกิจกรรมการสาธิตย้อนกลับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ได้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรม จะต้องผ่านการประเมินในระดับดี คือ ปฏิบัติได้อย่างน้อย 8 ข้อ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์การอบรมต่างๆ และประสบการณ์ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ชนิดของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ การสืบค้นปัญหาและ

การเฝ้าระวัง การประเมินและการคัดกรอง การรายงานปัญหา การดูแลและการช่วยเหลือ มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ ถูกหรือผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ทั้งหมดมีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผลค่าคะแนน คือ ความรู้อยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 1-5) ความรู้ในระดับปานกลาง (คะแนน 6-8) และความรู้ในระดับสูง (คะแนน 9-10)

2.3 แบบประเมินความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจำนวน 10 ข้อ โดยเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้ ทำได้ดี (3 คะแนน) ทำได้พอใช้ (2 คะแนน) และทำไม่ได้ (1 คะแนน) ซึ่งแปลค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ความสามารถอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 1.00-10.00) ความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 10.01-20.00) และความสามารถอยู่ในระดับสูง (20.01-30.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ วิถีทัศน์เรื่องการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และแบบตรวจสอบรายการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและภาษา ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ .87 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับจุดประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .85 และ .83 ตามลำดับ แล้วนำข้อคำถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจริงจำนวน 30 ราย จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ด้วยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .80 และแบบประเมินความสามารถโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89 สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .83 และ .88 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชี้แจงโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อหาอาสาสมัคร และส่งรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้กับผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการสุ่มแบบจับคู่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัยโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลเมื่อครบแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความรู้ และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 โดยเมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้ และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เวลา 9.00-12.00 น. ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่อง “การคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ” ณ ห้องประชุมของ รพ.สต. โดยผู้วิจัยบรรยายความรู้เกี่ยวกับความหมาย ชนิดของการกระทำรุนแรง/ลักษณะพฤติกรรม สาเหตุ การสืบค้นปัญหาและการเฝ้าระวัง การประเมินและการคัดกรอง การรายงานปัญหา การดูแลและการช่วยเหลือ โดยในระหว่างการบรรยายผู้วิจัยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

2. แบ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมออกเป็น 5 กลุ่ม โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์สะท้อนความคิด และอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรม นำประสบการณ์เดิมของตนเกี่ยวกับปัญหาการกระทำ

รุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างปรับปรุงให้สมบูรณ์ และ 4) ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีโอกาสนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง จนเกิดความชำนาญ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- จัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมได้รับชมวิดีโอเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
- ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็น สะท้อนความรู้สึกกับสิ่งที่ได้เห็นจากวิดีโอ เปรียบเทียบกับประสบการณ์จริงที่เคยพบเห็น
- ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมระดมสมองพิจารณาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และที่ต้องการในอนาคต แล้วเขียนลงกระดาษ โดยใช้แผนที่ความคิด (mind mapping)
- ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนมานำเสนอภาพบทบาทในปัจจุบันกับในอนาคต ตามที่ร่วมกันระดมสมองพิจารณาไว้
- ผู้วิจัยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมร่วมกันพิจารณากำหนดวิสัยทัศน์ หรือคำสัญญาของกลุ่มที่จะเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน รวมถึงแนวทางในการคัดกรองหรือเฝ้าระวังปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน
- ผู้วิจัยสรุปบทบาทหน้าที่อันพึงประสงค์ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการที่จะเป็นผู้เริ่มต้นของการดำเนินงานสืบค้นและคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน

3. จัดกิจกรรมภาคทดลอง เวลา 13.00-16.00 น. โดยสาธิตการประเมินปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปฝึกทักษะในการสถานการณ์จำลองจนเกิดความชำนาญ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมฝึกทักษะการประเมินปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

และสาธิตย้อนกลับ ภายใต้การสอน ให้กำลังใจ และกำกับด้วยความใกล้ชิดจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยในการสาธิตย้อนกลับ ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือไม่ พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมของการวิจัย และฝึกทักษะการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากผู้วิจัยหลักก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมฝึกทักษะจนมั่นใจ ผู้วิจัยประเมินทักษะในการประเมินปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยใช้การสังเกตแบบคู่ขนาน โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (checklist) 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมไม่ผ่านการประเมินในแต่ละขั้นตอนจะต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และได้รับการประเมินใหม่จนผ่านในระดับดี

สัปดาห์ที่ 2-3

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะติดตามการดำเนินงานในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 4

สนทนากลุ่มในการติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในลักษณะข้อมูลเชิงคุณภาพ ในประเด็นการสืบค้นปัญหาตามขั้นตอน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข และใช้การสังเกตระหว่างการสนทนากลุ่มร่วมด้วย รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการติดตามการคัดกรองปัญหาในพื้นที่ โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5-7

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรม นำแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปพัฒนาทักษะของตนเอง ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะติดตามการดำเนินงาน ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 8

สรุปผลการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในชุมชน อภิปรายปัญหา อุปสรรคและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อไป เมื่อผู้วิจัยออกจากพื้นที่ และส่งต่อข้อมูลต่างๆ ให้กับเจ้าหน้าที่ ในพื้นที่เพื่อติดตามและดำเนินการต่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเก็บ รวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบประเมินความรู้และ ความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ รวมถึงประเมินผลความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านต่อโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองปัญหาการกระทำ รุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการ คัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการ คัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test โดยผ่านการ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล

พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PCKCN REC 24/2564 (รับรองตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ถึง 21 พฤศจิกายน 2565) จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอ ความยินยอมก่อนดำเนินการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการทำวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล และอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูก นำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 40-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็น ร้อยละ 93.3 อาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาที่เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 เคยอบรมหลักสูตรนักจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 55 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการคัดกรอง ปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 88.3

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปคล้ายกันคือ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุระหว่าง 40-50 ปี คิดเป็น ร้อยละ 60 ($\bar{X} = 48.83$, $SD = 5.78$; $\bar{X} = 47.70$, $SD = 5.69$ ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 การศึกษาอยู่ใน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 93.3 อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่คือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 83.3 ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 1.45$; $\bar{X} = 4.03$, $SD = 1.35$ ตามลำดับ) ผ่านการ อบรมหลักสูตรนักจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการคิดเป็น ร้อยละ 56.7 และ 53.3 และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการ คัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 86.7 และ 90 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	7	23.3	7	23.3	14	23.3
หญิง	23	76.7	23	76.7	46	76.7
อายุ	$(\bar{X} = 48.83, SD = 5.78)$		$(\bar{X} = 47.70, SD = 5.69)$			
40-50	18	60	18	60	36	60
51-60	12	40	12	40	24	40
สถานภาพสมรส						
คู่	30	100	30	100	60	100
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	6.7	2	6.7	4	6.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	93.3	28	93.3	56	93.3
อาชีพ						
ทำนา	3	10	1	3.3	4	6.7
ทำไร่/ทำสวน	3	10	5	16.7	8	13.3
รับจ้าง	12	40	12	40	24	40
ค้าขาย	8	26.7	10	33.3	18	30
ธุรกิจส่วนตัว	4	13.3	2	6.7	6	10
ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร	$(\bar{X} = 4.37, SD = 1.45)$		$(\bar{X} = 4.03, SD = 1.35)$			
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน						
1-5 ปี	23	76.7	25	83.3	48	80
6-10 ปี	7	23.3	5	16.7	12	20
การอบรมหลักสูตร						
นักระบาดวิทยากลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ	17	56.7	16	53.3	33	55
การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	9	30	6	20	15	25
อสม. หมอประจำบ้าน	4	13.3	8	26.7	12	20
ประสบการณ์ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ						
ไม่มี	26	86.7	27	90	53	88.3
มี	4	13.3	3	10	7	11.7

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired t-test พบว่าความรู้ และความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -28.10$, $df = 29$, $p < .001$ และ $t = -21.15$, $df = 29$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test พบว่าก่อนการทดลองคะแนนของความรู้ และความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างสองกลุ่มที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองความรู้และความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.70$, $df = 58$, $p < .001$ และ $t = 9.57$, $df = 58$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t ¹	p-value
คะแนนความรู้การกระทำรุนแรง				
ก่อนการทดลอง	4.43	0.57	-28.10	< .001
หลังการทดลอง	7.93	0.58		
คะแนนความสามารถในการคัดกรองปัญหา				
ก่อนการทดลอง	10.87	2.26	-21.15	< .001
หลังการทดลอง	20.37	0.56		

¹ paired t-test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 60$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t ¹	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนความรู้การกระทำรุนแรง						
ก่อนการทดลอง	4.43	.57	4.30	.65	.84	.402
หลังการทดลอง	7.93	.58	4.40	.68	21.70	< .001
คะแนนความสามารถในการคัดกรองปัญหา						
ก่อนการทดลอง	10.87	2.26	10.73	2.24	.23	.819
หลังการทดลอง	20.37	.56	10.80	2.12	9.57	< .001

¹ independent t-test

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)¹⁵ ที่มีความเชื่อว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจถึงแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือหลักการในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในโปรแกรมนี้ได้จัดกิจกรรมตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยให้ความรู้ อภิปรายแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ การพิจารณาและกำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน ฝึกทักษะการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ก่อนนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง และสนทนากลุ่มเพื่อติดตามการดำเนินงาน สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้สะท้อนให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการฝึกทักษะ ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงานมากขึ้น ดังนั้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้บุคคลได้เรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง ให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงและการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดรูปแบบให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตนเองเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความสนใจในการเรียนรู้ร่วมกันเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีการสะท้อนคิดจากการดูวิดีโอและจากสถานการณ์ที่เคยเจอเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการรับฟังและเรียนรู้ถึงความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้ได้มุมมองใหม่ เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น¹⁵ และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า การให้ความรู้ก่อนการปฏิบัติงาน เช่น ลักษณะพฤติกรรมการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และเข้าใจมากขึ้นเมื่อปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง

นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร่วมกันอภิปรายและสรุปเป็นแผนผังความคิด เช่น ลักษณะพฤติกรรมที่เป็น การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ นำไปสู่การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขวัญตา เพชรหมณีโชติ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐา เชียงปิว, วราภรณ์ บุญเชียง และ ศิวพร อึ้งวัฒนา¹⁸ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า คะแนนความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ได้กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวถือว่า

เป็นเวทีของการเปิดโอกาสให้บุคคลซึ่งต่างมีองค์ความรู้ มีประสบการณ์ ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้กันและกัน ช่วยให้เกิดการถ่ายทอด เกิดการไหลเวียนของความรู้ (flows of knowledge)¹⁵ การร่วมกันอภิปรายสรุปเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การตัดสินใจเลือกแนวทางและวิธีการในการคัดกรองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในชุมชน ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติหรือเกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับการฝึกทักษะต่างๆ ที่จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติได้ง่ายขึ้น¹⁵ ซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า การติดตามประเมินผลโดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายหลังการคัดกรอง เช่น อุปสรรคในการซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูล เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่น และนำไปปรับใช้ในสถานการณ์ของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา เพชรนิมิโชติ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

สำหรับขั้นการทดลองหรือการประยุกต์แนวคิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ฝึกทักษะในการคัดกรองปัญหาจากสถานการณ์จำลอง เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม¹⁵ ที่มีการจำลองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการฝึกให้ผู้เรียนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ โดยไม่ใช่เป็นเพียงการบอกเล่าจากผู้สอนเพียงฝ่ายเดียว ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความคิดเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับประสบการณ์เดิม จนเกิดความเข้าใจส่งผลให้เกิดความรู้ และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติได้เป็นอย่างดี¹⁹ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้สะท้อนให้เห็นว่า การฝึกทักษะก่อนการปฏิบัติงานจริงช่วยให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมั่นใจ และมีความพร้อมในการปฏิบัติมากขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์ ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ²⁰ ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยง

กล่าวสรุปได้ว่า การพัฒนาความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผลการได้รับโปรแกรมนี้นี้เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ซึ่งแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการใช้ประสบการณ์และศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงของตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมีความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่นัยสำคัญ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหา

การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในพื้นที่จริง และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคขณะดำเนินงาน เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้ และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ รวมถึงการศึกษาซ้ำในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น เพื่อหาความเชื่อมั่นของโปรแกรม

References

1. Department of Older Persons. Statistics of older persons in 77 provinces [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; 2021 [cited 2021 Dec 2]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf. (in Thai).
2. Summawong K, Somanusorn S, Sumngern C. Factors related to elder abuse from perspectives of older adults and family members. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2017;33(1):90-103. (in Thai).
3. Acob JR. Lived experiences of the abused elderly. *Public Health of Indonesia*. 2018;4(1):1-8.
4. Chananin Y, Jullamate P. Nursing care for empowerment of abused older persons. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2017;27(3):29-41. (in Thai).
5. World Health Organization. Elder abuse [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.
6. Chompunud S, Charoenyooth C, Palmer MH, Pongthavornkamol K, Vorapongsathorn T, Jitapunkul S. Prevalence associated factors and predictors of elder abuse in Thailand. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2010;14(4):283-96.
7. Sherer P, Wongyai N, Charoensukployphol B. Social protection networks: the social immunity development against social harm on the elderly persons. Nakhon Pathom: Golden Time Printing; 2014. 153 p. (in Thai).
8. Whangmahaporn P. Thai elder abuse problems and prevention. *International Journal of Crime, Law and Social Issues*. 2019;6(2):46-56.
9. Office of Social Development and Human Security, Phetchaburi Province. Report on the social situation in Phetchaburi Province 2020 [Internet]. Phetchaburi: Office of Social Development and Human Security, Phetchaburi Province; 2020 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <http://phetchaburi.m-society.go.th/wp-content/uploads/2020/09/รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดเพชรบุรีปี-2563.pdf>. (in Thai).
10. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elderly abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2:S194-S205. doi: 10.1093/geront/gnw004.
11. Kulachai W. Elder abuse in Thailand: prevalence, causes, consequences, and public supports. *International Journal of Management and Applied Science*. 2018;4(10):52-6.
12. Ekasawin S, Chomchuen R. Screening tool of physical violence against the elderly with dementia for health volunteers. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2014;22(1):11-24. (in Thai).

13. Ejaz FK, Rose M, Anetzberger G. Development and implementation of online training modules on abuse, neglect, and exploitation. *J Elder Abuse Negl.* 2017;29(2-3):73-101. doi: 10.1080/08946566.2017.1307153.
14. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder abuse assessment tools and interventions for use in the home environment: a scoping review. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1793-807. doi: 10.2147/CIA.S261877.
15. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* 2nd ed. New Jersey: Pearson Education; 2015. 416 p.
16. Cohen J. Quantitative methods in psychology: a power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155-9. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.155.
17. Petmaneechote K, Pongpomma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2021;31(3):28-41. (in Thai).
18. 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. (in Thai).
19. Koseewongsanon N, Khaikheaw S, Puthiaungkul B. The effects of participatory learning program on knowledge and skills of the unofficial-time nurse supervisors at a tertiary level hospital in the Medical Service Department under the Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital.* 2018;4(1):25-39. (in Thai).
20. Sanprasan P, Wattradul D, Jamsomboon K, Puapairoj V, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2015; 26(1):119-32. (in Thai).