

ผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

Effects of the Development Competency Program of Volunteer for Taking Care of the Elderly in Community

กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์^{1*}, นิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ² และประจวบ แหลมหลัก³
Kamolthip Thipsungwan^{1*}, Nithipong Sribenchamas², and Prachuab Lamluk³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสร้างจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control; A-I-C) เพื่อให้ได้แผนการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการ 4 ระยะ คือ (1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) ใน 4 สัปดาห์ หาประสิทธิภาพของโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ตัวบ่งชี้อยู่ในระดับมากที่สุดและมาก ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3-Q1) ทุกตัวบ่งชี้มีค่าไม่เกิน 1.5 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน (Consensus) กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกจังหวัด อำเภอก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท แล้วสุ่มเลือก 1 หมู่บ้าน เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มควบคุม 1 หมู่บ้านที่มีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 54 คน เป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

¹ สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาทางการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

² คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

³ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author; email: Thips13@gmail.com

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

Abstract

This study aimed to construct a development competency program for volunteers to take care of the elderly in community, and to study effect of development competency program of volunteers for taking care of the elderly in the community. The development competency program was developed from the empowerment concept using a participatory workshop (Appreciation Influence Control: A-I-C) to get the activities for elderly in community care conducting into 4 phases: (1) discovering reality, (2) critical reflection, (3) taking charge, and (4) holding on in 4 week. The program's performance was assessed by 5 experts on appropriateness and possibilities. The indicators were at the highest level and high level. Interquartile Range (Q3-Q1), all indicators were not more than 1.5 which showed that the opinions of the experts were consistent. The samples were public health volunteers in zone 2 and 3 by multistage random sampling and by simple random sampling from province, district, Sub-district Health Promoting Hospital in Chainat province. Then simple random sampling was selected for control group from 1 village that features similar to the experimental group. A sample of 54 volunteers was randomly assigned to treatment group (n=27) and control group (n= 27). The findings found that the experimental group had knowledge, attitudes and skills in development competency program of volunteers for taking care of the elderly in the community before and after receiving the development competency program of volunteers for taking care of the elderly in the community higher than the control group with significantly different at .05 ($p < .05$). When comparing the before and after mean scores receiving the development competency program of volunteers for taking care of the elderly in the community, it was found that the experimental group had more knowledge, attitudes, skills than the control group significantly different at .05 ($p < .05$).

Keywords: Development Competency program, Volunteer for taking care of the elderly in community

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มี

ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้น ในปัจจุบันโลกจึงก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Aging population) ซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ จากการศึกษาสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2553 อายุเฉลี่ยของหญิงเป็น 75 ปี ส่วนอายุชายเฉลี่ยเพศชายเป็น 68.5 ปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568–2573 จะเพิ่มเป็น 79.1 ปี ในเพศหญิง และ 73.6 ปี ในเพศชาย จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2557 ประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ในจังหวัดชัยนาทประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 60,970 คน คิดเป็นร้อยละ 13.24 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ชัยนาท, 2558) มีแนวโน้มไปในทางเดียวกับประชากรผู้สูงอายุของโลก ในวัยสูงอายุมีการเสื่อมอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป และเป็นกับทุกระบบในร่างกาย แต่เมื่อเซลล์หรืออวัยวะมีกระบวนการเสื่อมมากขึ้นก็จะทำให้เกิดโรคขึ้นได้ จากข้อมูลการสำรวจใน “โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ” ปี 2556 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัดเป็นตัวแทนครอบคลุมทั้ง 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 57) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือ มากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ 65) รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 66) ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84) (กรมอนามัย, 2556) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการ ที่สำคัญ คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งอาจมีผลตามมาคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในหลอดเลือด เป็นต้น พบผู้สูงอายุร้อยละ 95 หรือ 9.2 ล้านคนป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10 โรคเข่าเสื่อมร้อยละ 9 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 และผู้พิการร้อยละ 6 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่ได้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) รับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบ 10–15 ครัวเรือน ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศจำนวน 1,047,800 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 134,830 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2558) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขไว้คือ 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้

ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชนและสภาวะแวดล้อม 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะส่งผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ และ 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุข จึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานทั้งงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น รับผิดชอบเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วยการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและทักษะที่ดี เพื่อเกิดประสิทธิภาพต่องานสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นบุคคลในระบบสุขภาพมีบทบาทความสำคัญในการดูแลสุขภาพ สามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนาทักษะ พัฒนาทัศนคติ โดยอาศัยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นแนวคิดมีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กัน วางเป้าหมาย ในการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล มุ่งเน้นการแก้ปัญหา การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณ ในการมองภาพที่ต้องการจะเป็น และร่วมกันพัฒนาทางเลือกวิธีในการที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ หัวใจสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการให้เครื่องมือ ทักษะ ข้อมูล ความช่วยเหลือ จากการศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพูก่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ของสุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์, และจรรยาศรี ทองมาก (2556) ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือมีปัญหาโรคเรื้อรังและไม่มีผู้ดูแล พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการให้คำแนะนำ วิธีการให้ความรู้ เอกสารและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษา ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยและครอบครัวของการวิจัย Bridget et al. (2015) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีส่วนร่วมกับอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความพึงพอใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการติดตามที่บ้านจากอาสาสมัครมีชีวิตได้นานอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาการดูแลชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ (Onishi, 2016) ในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การดูแลชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบครัวต้องการให้อาสาสมัครของรัฐดูแลมากที่สุดคือการเยี่ยมเพื่อยืนยันสภาพทั่วไป รองลงมาคือต้องการมีเพื่อนเพื่อสนทนา และจากการศึกษาของ กงพัฒน์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ (2556) เรื่องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ:บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอค้า อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าหลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูง และการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า

ผู้สูงอายุในชุมชนต้องการผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการดูแลจากอาสาสมัคร และการใช้กระบวนการ AIC ทำให้มีระดับความรู้ และการปฏิบัติดีขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีความคุ้นเคยและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจึงมีส่วนสำคัญในคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การส่งต่อเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นจึงพัฒนาโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทาง และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อขยายและพัฒนาเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างครอบคลุม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สมมุติฐานการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีผลต่อ ความรู้ ทักษะ และทักษะ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

ขอบเขตการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1. การประเมินคุณภาพโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 5 ท่าน

2. ขอบเขตตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา คือ 1) โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและ

2) สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย การสร้างโปรแกรม และการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

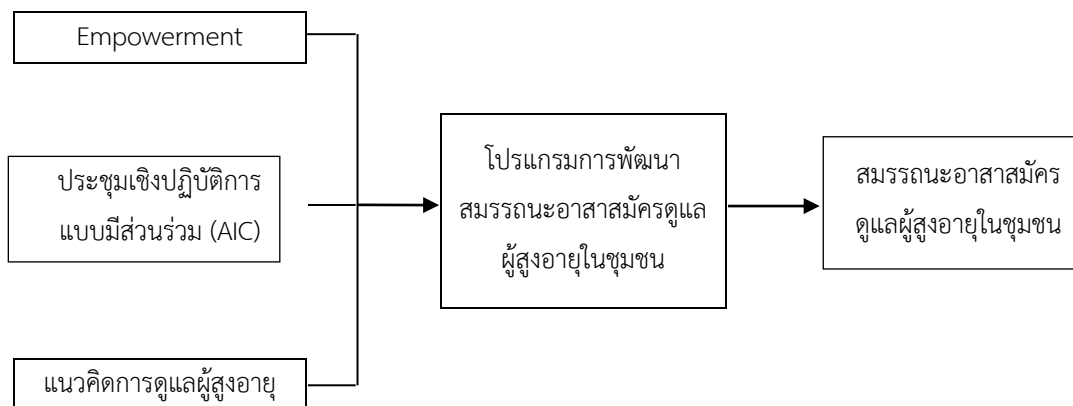
1. ขอบเขตด้านประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 หมู่บ้าน 27 คน กลุ่มควบคุม 1 หมู่บ้าน 27 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุ การสร้างเสริมพลังอำนาจ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เป็นการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดสมรรถนะทั้ง ความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสร้างจากการสร้างเสริมพลังอำนาจ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้วิจัย ในวิเคราะห์ปัญหาหาแนวทางแก้ไข กำหนดผู้รับผิดชอบ และวางแผนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และปฏิบัติงานตามแผนที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติงานไว้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขั้นสร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การหาคุณภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการโดยการประเมินด้วยวิธีการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัยทางการศึกษา ด้านการสาธารณสุข ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกหรือมีประสบการณ์ในด้านดังกล่าวไม่น้อยกว่า 3 ปี จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์พร้อมที่จะนำไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 2 ฉบับ ดังนี้

1. เอกสารประกอบการสร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือการใช้

2. แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นแบบประเมินความสอดคล้องระหว่างขั้นตอนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4 ขั้นตอน กับกระบวนการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ และแบบสอบถามปลายเปิด (Closed End Form) แบบสอบถามเป็นข้อความเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกระบวนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือการใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเอกสารประกอบการสร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือการใช้ พร้อมด้วยแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เพื่อทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือวิจัย
2. ติดต่อประสานงานกับผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากนั้นดำเนินการจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

นำผลการประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์หาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ค่าสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ วิเคราะห์โดยการหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และวิเคราะห์โดยใช้วิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Induction) ได้ค่ามัธยฐานตามองค์ประกอบตามมาตรฐานระดับความเหมาะสมในแต่ละด้าน คือ วัตถุประสงค์เท่ากับ 4.13 แนวคิดเท่ากับ 4.13 เนื้อหาเท่ากับ 4.33 กิจกรรมเท่ากับ 4.88 กลุ่มเป้าหมายเท่ากับ 4.67 ระยะเวลาเท่ากับ 4.88 ผู้ดำเนินกิจกรรมเท่ากับ 4.88 และการนำไปใช้เท่ากับ 4.33 ผ่านตามเกณฑ์ทุกด้าน ระดับความเป็นไปได้ในวัตถุประสงค์เท่ากับ 4.00 แนวคิดเท่ากับ 4.13 เนื้อหาเท่ากับ 5.00 กิจกรรมเท่ากับ 5.00 กลุ่มเป้าหมายเท่ากับ 5.00 ระยะเวลาเท่ากับ 4.13 ผู้ดำเนินกิจกรรมเท่ากับ 5.00 และการนำไปใช้ เท่ากับ 5.00 ผ่านตามเกณฑ์ทุกด้าน

2. ขั้นศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design) โดยวัด 2 ครั้ง

ประชากร

อาสาสมัครสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 และ 3 จำนวน 134,830 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สุ่มมาแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกจังหวัดจากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 ได้จังหวัดชัยนาท สุ่มเลือกอำเภอ 1 อำเภอในจังหวัดชัยนาท ได้ อำเภอสรรพยา แล้วสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสรรพยา 1 แห่ง และสุ่มเลือก 1 หมู่บ้านเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มควบคุม 1 หมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คนและกลุ่มควบคุม 27 คน

โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดช่วงเวลาการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้ แบบสอบถามทัศนคติและทักษะของอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล และจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องและครอบคลุมสมรรถนะด้านความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุตามสุขภาพกายและจิต การดูแลสุขภาพในช่องปาก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ ถูก ผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องและครอบคลุมทัศนคติเรื่องการดูแลผู้สูงอายุตามสุขภาพกายและจิต ในจำนวน 12 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ลักษณะของคำถามจะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนน 1
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง เห็นด้วยกับการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนน 2
ไม่แน่ใจ	หมายถึง เห็นด้วยกับการดูแลผู้สูงอายุปานกลาง	คะแนน 3
เห็นด้วย	หมายถึง เห็นด้วยกับการดูแลผู้สูงอายุมาก	คะแนน 4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง เห็นด้วยกับการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด	คะแนน 5

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องและครอบคลุมทักษะในการดูแลผู้สูงอายุตามสุขภาพกายและจิต การดูแลสุขภาพในช่องปาก การทำแผล การดูแลอุปกรณ์ที่ต่อจากตัวผู้สูงอายุ การช่วยเหลือเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายบนเตียง จำนวน 15 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ลักษณะของคำถามจะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

ไม่เคยทำเลย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย	คะแนน 1
ทำได้น้อย	หมายถึง ปฏิบัติ 2 หรือน้อยกว่าใน 5 ครั้ง ที่ติดตามเยี่ยม	คะแนน 2
ทำได้ปานกลาง	หมายถึง ปฏิบัติ 3 ใน 5 ครั้ง ที่ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ	คะแนน 3

ทำได้ดี	หมายถึง ปฏิบัติ 4 ใน 5 ครั้ง ที่ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ	คะแนน 4
ทำได้ดีมาก	หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ที่ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ	คะแนน 5

ชุดที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดการเสริมพลัง และแนวคิดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และปฏิบัติงานตามแผนที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมิน ความรู้ ทักษะและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนทดลอง วิเคราะห์สถานการณ์ ความคาดหวังในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต การหาแนวทางร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบร่วมกัน เพื่อวางแผนในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเข้าฐานการเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ ในเรื่อง การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพในช่องปาก อาหารตามโรค การประเมิน/การทำแผล กัดทับ พร้อมนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลังดูแลผู้สูงอายุตามแผนที่วางไว้ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจ แนะนำสถิติในส่วนที่อาสาสมัครไม่แน่ใจขณะดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สรุปปัญหาอุปสรรค หาแนวทางการแก้ไข และวางแผนในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในครั้งต่อไป พร้อมนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลังดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่วางไว้ 2 สัปดาห์ พร้อมใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการติดตามอาสาสมัครขณะดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สรุปปัญหา อุปสรรค หาแนวทางการแก้ไข และวางแผนในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และประเมินความรู้ ทักษะและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังทดลองในสัปดาห์สุดท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบวัดความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษาแล้ว ผู้วิจัยนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมา หาค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index CVI) มีค่าดัชนี ความตรงเท่ากับ 0.95, 0.82 และ 0.92 ตามลำดับ และค่าความเที่ยง (Reliability) ทักษะ ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยสูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, Alpha Coefficient) และความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยวิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR.20 โดยค่าความเชื่อมั่นความรู้เท่ากับ .75 ทักษะ เท่ากับ .76 และทักษะเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานในขั้นศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เบื้องต้นผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้ในโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการทำวิจัย และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการที่จะได้รับแต่อย่างใด ผลการวิจัย จะไม่มีการเสนอชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างและจะแสดงผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โปรแกรมประกอบด้วยการสร้างเสริมพลังอำนาจ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาความรู้ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงตามวัย อาหารตามโรค การดูแลสุขภาพในช่องปาก/ฟันปลอม การออกกำลังกาย การประคบและทำแผลกดทับ อาการผิดปกติที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง การประสานงาน ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 3 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์

ผลการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านได้ประเมินโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการประเมินระดับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ดังต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของผู้เชี่ยวชาญ

ตัวบ่งชี้	ระดับความเหมาะสม			ระดับความเป็นไปได้		
	มัธยฐาน	(Q3-Q1)	ผล	มัธยฐาน	(Q3-Q1)	ผล
วัตถุประสงค์	4.13	0.63	มาก	4.00	0.50	มาก
แนวคิด	4.13	0.63	มาก	4.13	0.63	มาก
เนื้อหา	4.33	0.96	มาก	5.00	0.50	มากที่สุด
กิจกรรม	4.88	0.63	มากที่สุด	5.00	0.50	มากที่สุด
กลุ่มเป้าหมาย	4.67	0.96	มากที่สุด	5.00	0.50	มากที่สุด
ระยะเวลา	4.88	0.63	มากที่สุด	4.13	0.63	มาก
ผู้ดำเนินกิจกรรม	4.88	0.63	มากที่สุด	5.00	0.50	มากที่สุด
การนำไปใช้	4.33	0.96	มาก	5.00	0.50	มากที่สุด

จากตาราง 1 ตัวบ่งชี้ กิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลา และผู้ดำเนินกิจกรรม ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนวัตถุประสงค์ แนวคิด เนื้อหา และการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก และตัวบ่งชี้ มีระดับความเป็นไปได้ เนื้อหา กิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดำเนินกิจกรรม และการนำไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนวัตถุประสงค์ แนวคิดและระยะเวลา อยู่ในระดับมาก ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3-Q1) ทุกตัวบ่งชี้มีค่าไม่เกิน 1.5 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน (Consensus)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดย 1 หมู่บ้านเป็นกลุ่มทดลอง และ 1 หมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายกัน เป็นกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติ และทักษะก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	ก่อน (n=27)		หลัง (n=27)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้	13.5	2.4	15.3	1.7	-2.9	.01
ทัศนคติ	44.6	4.7	47.7	4.6	-2.9	.007
ทักษะ	45.7	10.7	56.1	9.1	-5.2	<.01

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทักษะหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=27)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้						
ก่อนการทดลอง	13.5	2.4	14.0	2.9	-.7	.51
หลังการทดลอง	15.3	1.7	13.6	2.7	2.0	.05
ทัศนคติ						
ก่อนการทดลอง	44.6	4.7	44.1	3.0	.6	.54
หลังการทดลอง	47.7	4.6	44.5	2.4	3.1	.003
ทักษะ						
ก่อนการทดลอง	45.7	10.7	49.8	7.9	-1.6	.11
หลังการทดลอง	56.1	9.1	51.3	5.3	2.3	.02

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าการทดลองกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทักษะในการการดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในการทดสอบความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุจึงใช้สถิติ Independent Sample t-test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ซึ่งเป็นการทดสอบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม

ในด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนก็พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม

ด้านทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม

จากการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่อาสาสมัครร่วมวางแผนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้วิจัย คือ เยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง สัปดาห์ละ 2 วัน ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ และจะทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีสถานที่พบปะ ทำกิจกรรมร่วมกัน และจะประสานงานกับเทศบาลเพื่อมาสอนอาชีพให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้สามารถรวมกลุ่มกันผลิตและจำหน่ายได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองได้รับการความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเข้าฐานการเรียนรู้ คือ อาหารตามโรค การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพในช่องปาก และการทำแผลกดทับ ซึ่งการได้เรียนรู้โดยแบ่งเป็นกลุ่มเล็กร่วมกับการสรุปเนื้อหาในใบงานร่วมกันในกลุ่มทำให้การเรียนรู้ได้ดีขึ้น ตรงกับการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ตามแนวคิด Empowerment เมื่อฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ประเมินและวินิจฉัยวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจะช่วยให้คุณพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกในความรู้ มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านโคก สะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอค้า อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ของกพงษ์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ (2556) หลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนก็พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่ากิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่กลุ่มทดลองร่วมกันคิด วิเคราะห์รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาลดลงจนวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง มีแลกเปลี่ยนร่วมกัน ทำให้รับรู้ปัญหา เกิดความเข้าใจในปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบันมากขึ้นว่าเป็นปัญหาในครอบครัว และชุมชน รวมทั้งร่วมกันคิดหาแนวทางที่จะนำไปสู่สิ่งที่อาสาสมัครคาดหวังให้เป็น และนำแนวทางนั้นมาวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์ (2556) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพหมอชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังบนฐานสังคม และวัฒนธรรม ตำบลดอนหวาน อำเภอบึงกาฬ จังหวัดมหาสารคาม โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพหมอชุมชนพบว่า สามารถส่งเสริมการตระหนักคุณค่าความเป็นมนุษย์และการมีส่วนร่วมของหมอ

ชุมชนและคนในชุมชนได้ เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับ ผลงานวิจัย ของ Thomas & Velthouse (1990) พบว่า ข้อดีของการ Empowerment คือ ก่อให้เกิดความรักผูกพันต่องานสูงขึ้น มีความคิดริเริ่มใหม่ๆ มากขึ้น ต่องานในบทบาทที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ มีความมั่นคงแน่วแน่มากขึ้นยามที่ต้องเผชิญกับอุปสรรคในการทำงานหรือเมื่องานเกิดภาวะชะงักงันขึ้น สามารถเกิดการคิดสิ่งใหม่ วิธีการใหม่ และต้องพยายามหาทางทำให้สำเร็จให้ได้ มีระดับความพึงพอใจในงานสูงขึ้น มีความผูกพันต่อองค์การสูงขึ้นและมีจำนวนผู้ลาออกจางานลดลง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2013) เรื่องผลกระทบของการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อฝึกความปลอดภัยด้านพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุในชนบทที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกเป็นอาสาสมัครไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติหลังจากระยะเวลาการศึกษาสองเดือน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มอาสาสมัครไม่ได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนวางแผนการใช้ยาอย่างปลอดภัย

ด้านทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า คณะแผนกสืบทอดทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการให้ความรู้เรื่องอาหารตามโรค การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพในช่องปาก และการประเมินและทำแผลกดทับ ตามกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยเข้าฐานการเรียนรู้ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญอยู่ประจำฐานในการให้ความรู้ ตอบข้อซักถาม รวมทั้งฝึกปฏิบัติ มีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ช่วยผ่อนคลายภาวะเครียดโดยจัดกิจกรรมนันทนาการ เกม มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีของโรงพยาบาลชุมชนที่เชี่ยวชาญด้านอาหารจัดการโรคมาสอน และแนะนำเทคนิคการคำนวณอาหารตามโรคที่เข้าใจและจำได้ง่าย โดยใช้โมเดลอาหารประกอบ มีการสรุปเนื้อหาเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันหลังทำกิจกรรมและเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นของกลุ่มทดลอง รวมทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมติดตามการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้กำลังใจ เสริมแรงในกรณีที่กลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง กรณีที่กลุ่มทดลองไม่มั่นใจในการดูแล ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมให้คำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตัวเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งทำคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้กลุ่มทดลองทบทวนและใช้ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเป็นเจ้าของ และมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของตนเอง ปฏิบัติจนเกิดทักษะสอดคล้องกับแนวคิด Empowerment (Gibson, 1991) เมื่อมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ในการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จะทำให้เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่จะกระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติหลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการตัดสินใจขั้นตอนนี้ไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองเมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น และเมื่อพบ

ปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว จะเกิดการร่วมมือแก้ไขปัญหาคือเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป จะมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) ตามแนวคิดของการ Empowerment สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านโคก สะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬของ กงพัฒน์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ (2556) ศึกษาในผู้สูงอายุ 40 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 13 คน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 7 คน ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2013) ศึกษาเรื่องผลกระทบของการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อฝึกความปลอดภัยด้านพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุในชนบทที่มีโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกเป็นอาสาสมัครมีพฤติกรรมความปลอดภัยด้านยาที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

การเยี่ยมผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมดหรือบางส่วน สัปดาห์ละ 2 วัน ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ ทำให้เห็นปัญหาของผู้สูงอายุที่แม้จะมีผู้ดูแลอย่างดียังช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างทำให้ผู้สูงอายุใช้กล้ามเนื้อเล็กน้อยหรือไม่ได้ใช้งานเลย เช่น ขอนี้มีมือในการหยิบจับอุปกรณ์ต่างๆ ทำให้เกิดข้อยึดติด อาสาสมัครแนะนำการบริการร่างกายโดยการยืดเหยียดให้ผู้สูงอายุและญาติ รวมถึงแนะนำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในการรับประทานอาหารให้ใช้มือในการหยิบจับอุปกรณ์เพื่อให้ข้อต่อต่างๆ เคลื่อนไหว และการบริหารร่างกายโดยผู้อื่นทำให้ เพื่อป้องกันข้อยึดติดหรือเพื่อไม่ให้เป็นมากกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพราะได้ช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพที่มีอยู่ในชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีสถานที่ทำกิจกรรมร่วมกัน และประสานงานกับเทศบาลเพื่อมาสอนอาชีพที่ผู้สูงอายุสามารถรวมกลุ่มกันผลิตและจำหน่ายได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ คือทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และด้านเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ผู้นำชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ AIC เพื่อรับรู้ปัญหาหาแนวทางแก้ไข และวางแผนร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ได้แนวคิดที่หลากหลาย สร้างเครือข่ายในการประสานงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรออกแบบโปรแกรมระยะยาว มีการติดตามและ Empowerment อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *หลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พุทธศักราช 2550*. เชียงใหม่: ศูนย์วิศวกรรมกรรม แพทย์ที่ 6.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สธ.ชัยบสถานะ อสม.เป็น “นักจัดการสุขภาพ”ภาคประชาชน*. สืบค้น 10 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.hfocus.org/content/2015/03/9575>
- กรมอนามัย. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิชรินทร์ พี.พี.
- กงพัฒน์ แกมณิล, และพรทิพย์ คำพอ. (2556). การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ:บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอค้า อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 75-84.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2558). *ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข*. สืบค้น 10 สิงหาคม 2558, จาก www.thaiphc.net
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). *สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. (2556). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ หมอชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังบนฐานสังคม และวัฒนธรรม ตำบลดอนหวาน อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 5(5), 81-97.
- สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์, และจรรยาศรี ทองมาก. (2556). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพุกวาง อำเภอพระพุทธรักษา จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 77-87.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ชัยนาท. (2558). *ข้อมูลประชากรจังหวัดชัยนาท*. สืบค้น 20 ธันวาคม 2558, จาก http://chainat.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=236:2560-03-23&catid=85:2011-10-11-07-23-27&Itemid=558
- Bridget, C., France, R., Rachel, F., Joe, L., & Liz, S. (2015). Does involving volunteers in the provision of palliative care make a difference to patient and family well being? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 756-768.
- Wang, C-J., Susan, Fetzer, S. J., Yang, Y-C, Wang, J-J. (2013). The Impacts of using community health volunteers to coach medication safety behaviors among rural elders with chronic illnesses. *Geriatric Nursing*, 34(2), 138-145.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-61.
- Gibson, H. C. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Onishi, J. (2016). Daily life support for older adults evaluated by commissioned welfare volunteers. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 7(3), 69-71.

Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment. *Academy of Management Review*, 15, 666-681.

United Nation. (2007). *The new core international human rights treaties*. New York: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.