

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศรัทธา พรหมทอง^{1,*}, นวลนิตย์ ไชยเพชร² และ ญาณศา จันทร์รงค์³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 38 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 6 ทักษะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะทั้ง 6 ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000^*$)

สรุป โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น สามารถนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้สูงอายุติดบ้าน, ผู้สูงอายุติดเตียง

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास ประเทศไทย

³ นักสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास ประเทศไทย

*Corresponding author; E-mail address: satta60282@gmail.com

The Effect of A Potential Development Program for Village Health Volunteer's Caring for the Home Bound and Bedridden Elders in Mueangphotawat Community Health Center, Surat Thani Province

Satta Promthong^{1,*}, Nuannit Chaipet² and Yanasa Janrong³

Abstract

This research is a quasi experimental research : one group pretest-posttest design. The objective of this research is to study the effect of a potential development program for village health volunteer's caring for the home bound and bedridden elders. The sample group consisted of 38 village health volunteers from the Mueangphotawat Community Health Center, Mueang District, Surat Thani Province, selected using the purposive sampling method. The research instruments are a potential development program for village health volunteer's caring for the home bound and bedridden elders, which takes 6 weeks, an assessment form about caring for the elderly who are bedridden, and a 6-skill assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics to compare the differences before and after the experiment using the paired t-test.

The research results found that after this program, the sample group had significantly increased knowledge and skills in all 6 skills ($p = 0.000^*$). In summary, the program for village health volunteer's caring for the home bound and bedridden elders resulted in village health volunteers having more knowledge and skills, which can be applied to care for the elderly under their responsibility, resulting in the elderly having a better quality of life in the future.

KEYWORDS: Potential development program, Village health volunteer, Home bound elder, Bedridden elder

^{1,2} Registered Nurse, Mueangphotawat Community Health, Thailand

¹ Public Health Technical Officer, Mueangphotawat Community Health, Thailand

*Corresponding author; E-mail address: satta60282@gmail.com

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดว่าในปี 2593 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 9.8 พันล้านคน ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรโลก โดยประเทศไทยเป็นอันดับสองของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 14 รองลงมาจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 17 (Population Reference Bureau, 2023) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในปี 2566 ข้อมูลกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.08 หรือ 13,064,929 คน ของประชากร 66,061,190 คน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 9,839,805 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 7,403,822 คน คิดเป็นร้อยละ 85.24 ผู้สูงอายุติดสังคม 7,173,935 คน คิดเป็นร้อยละ 96.90 ติดบ้าน 186,008 คน คิดเป็นร้อยละ 2.51 ติดเตียง 43,879 คน คิดเป็นร้อยละ 0.59 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยในปี 2561-2565 มีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเท่ากับ 14.26, 14.82, 15.36, 15.91 และ 16.61 ตามลำดับ และจากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ช่วงปี 2564-2566 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 23,753 25,562 และ 26,267 คน ตามลำดับ เห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2564) ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดบ้านติดเตียงสูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) ภาครัฐได้กำหนดนโยบายการจัดรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความรู้

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสามารถประสานงานกับบุคลากรทางสาธารณสุข (ตักสิน ด้านพงษ์ และ ปัจมาพร รัตนหน, 2566)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาสุขภาพ สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางการแพทย์และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของระบบสุขภาพ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2554) ในการพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนให้กับคลินิกหมอครอบครัวในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมอสาธารณสุข และหมอเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยได้รับการดูแลและช่วยเหลือทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิมีภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 0.69, 0.97, 1.24 ตามลำดับ (Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกคนผ่านการประเมินทักษะในระดับดี ร้อยละ 100 (นนุช หอมเนียม และคณะ, 2565) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอมือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (จารุวรรณ พันธุ์ประทุม, 2566) เห็นได้ว่างานวิจัยในเรื่องดังกล่าวยังมีน้อยและการวัดผลการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงยังมีความไม่ชัดเจนประกอบกับจากการปฏิบัติงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความมั่นใจ

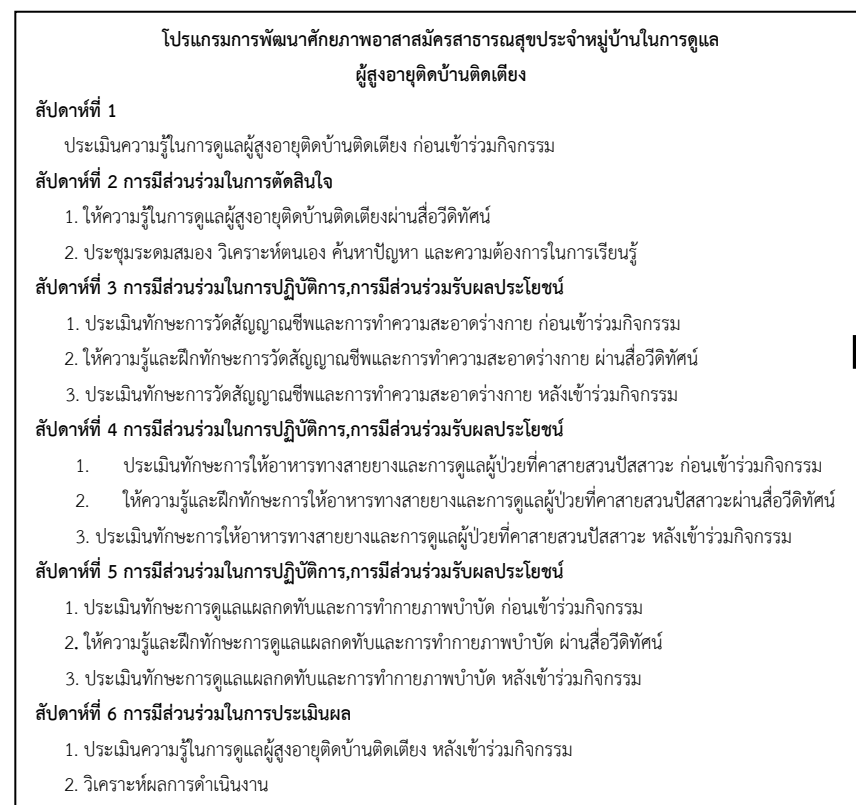
ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยประยุกต์ตามแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ จอห์น เอ็ม. โคเฮนและนอร์แมน ที อัฟฮอฟ (1977 อ้างใน เกื้อกุล ปิ๊ดผาม และคณะ, 2557) เป็นกระบวนการในการพัฒนาซึ่งจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีองค์ความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจมีประสิทธิภาพและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

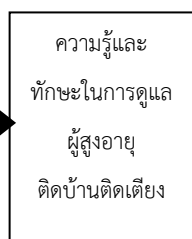
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์วาส อำเภอมือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi experimental research: one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิวาส อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 127 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิวาส อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 38 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยการใช้เกณฑ์ร้อยละของประชากรที่ศึกษา (กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2564) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

จำนวนประชากรหลักร้อยละ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 15 – 30 %

จำนวนประชากรหลักพัน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 – 15 %

จำนวนประชากรหลักหมื่น ใช้กลุ่มตัวอย่าง 5 – 10 %

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ 30 % จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
- 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี
- 3) สนใจเข้าร่วมโครงการ
- 4) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่

สุขภาพไม่แข็งแรงและไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้

- 2) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประยุกต์ตามแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ จอห์น เอ็ม. โคเฮนและนอร์แมน ที อัฟฮอฟ (1977 อ้างใน เกื้อกุล ปิติผาม และคณะ, 2557) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จัดกิจกรรม 6 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

1. ให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงผ่านสื่อวีดิทัศน์

2. ประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ตนเอง ค้นหาปัญหา และความต้องการในการเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 3 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

1. ประเมินทักษะการวัดสัญญาณชีพและการทำความสะอาดร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิทางรักแร้ การวัดความดันโลหิต การจับชีพจร การนับอัตราการหายใจ และการวัดค่าออกซิเจนในเลือด

3. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง การทำความสะอาดอวัยวะ

สืบพันธุ์ภายนอก

4. ประเมินทักษะการวัดสัญญาณชีพและการทำความสะอาดร่างกาย หลังเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

4.1 ประเมินทักษะการให้อาหารทางสายยางและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

4.2 ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องการให้อาหารทางสายยาง

4.3 ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

4.4 ประเมินทักษะการให้อาหารทางสายยางและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหลังเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 5 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

1. ประเมินทักษะการดูแลแผลกดทับและการทำกายภาพบำบัด ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลและป้องกันแผลกดทับ

3. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องการทำกายภาพบำบัด

4. ประเมินทักษะการดูแลแผลกดทับและการทำกายภาพบำบัด หลังเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 6 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

1. ประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หลังเข้าร่วมกิจกรรม

2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุ

ติดตาม

ติดตามในความรับผิดชอบ

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 20 ข้อ ข้อความเชิงบวก ข้อที่ 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20 ข้อความเชิงลบ ข้อที่ 2, 5, 7, 12, 13, 19 เป็นแบบให้เลือก ใช่ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความเชิงบวก ตอบใช่ ให้คะแนน 1
ตอบไม่ใช่ ให้ คะแนน 0

ข้อความเชิงลบ ตอบใช่ ให้คะแนน 0
ตอบไม่ใช่ ให้ คะแนน 1

เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่ม แบบ อิง เกณฑ์ ของ Bloom (Benjamin, S Bloom, 1986)

ระดับความรู้	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
สูง	16-20 คะแนน	80.0-100.0
ปานกลาง	12-15 คะแนน	60.0-79.9
น้อย	ต่ำกว่า 12 คะแนน	ต่ำกว่า 60.0

2.3 แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 6 ทักษะ จำนวน 67 ข้อ ใช้การสังเกตการณ์โดยทีมผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดการปฏิบัติในแต่ละทักษะแล้วบันทึกลงในแบบประเมินรายบุคคล มีน้ำหนักคะแนนเท่ากันทุกข้อ ได้แก่

2.3.1 ทักษะการวัดสัญญาณชีพ จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิทางรักแร้ การวัดความดันโลหิต การจับชีพจร การนับอัตราการหายใจ และการวัดค่าออกซิเจนในเลือด

2.3.2 ทักษะการทำความสะอาดร่างกาย จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

2.3.3 ทักษะการให้อาหารทางสายยาง จำนวน 8 ข้อ

2.3.4 ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 8 ข้อ

2.3.5 ทักษะการดูแลและป้องกัน
แผลกดทับ จำนวน 9 ข้อ

2.3.6 ทักษะการท่ายากภาพบำบัด
จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การบริหารแขน และการบริหารขา
ข้อคำถามมีลักษณะเกณฑ์การให้คะแนน
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติได้
ถูกต้องมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด
ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W
(1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน คือ ระดับสูง 3.67 –
5.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 3.66 และระดับน้อย
1.00 – 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ
และเชิงคุณภาพ โดยหาความตรงตามเนื้อหา
ความเหมาะสมของภาษาและเกณฑ์การให้คะแนน
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของ
ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ค่า IOC
เท่ากับ 0.97 และหาความเที่ยงของเครื่อง หมวด
ความรู้ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค
ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.832

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดย
ใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณสถิติอนุมาน ในการ
เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง
โดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สุราษฎร์ธานี หมายเลขโครงการ STPHO2024-85
วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.1 เพศชาย ร้อยละ 7.9
อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อย
ละ 71.1 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
5,001-10,000 บาท ร้อยละ 39.5 เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.3
รับผิดชอบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1-3 คน ร้อยละ 87

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่ม
ตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการ
ทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 71.1 หลัง
การทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 89.5
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมการทดลอง		หลังเข้าร่วมการทดลอง	
	จำนวน (n=38)	ร้อยละ	จำนวน (n=38)	ร้อยละ
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	11	28.9	4	10.5
สูง	27	71.1	34	89.5
รวม	38	100	38	100

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ
ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการ
ทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.47 และ 16.37 เมื่อทดสอบพบว่า มี
ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000^*$) ดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความรู้ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-Value
ก่อนการทดลอง	16.37	1.40	-4.379	37	0.000*
หลังการทดลอง	17.47	1.37			

ผลการเปรียบเทียบระดับทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีทักษะระดับปานกลาง ร้อยละ 47.37 หลังเข้าร่วมการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะระดับสูง ร้อยละ 97.37 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ระดับทักษะ	ก่อนเข้าร่วมการทดลอง		หลังเข้าร่วมการทดลอง	
	จำนวน (n=38)	ร้อยละ	จำนวน (n=38)	ร้อยละ
น้อย	14	36.84	0	0.0
ปานกลาง	18	47.37	1	2.63
สูง	6	15.79	37	97.37
รวม	38	100	38	100

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านทักษะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.55 คะแนน และ 53.61 คะแนน เมื่อทดสอบพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000^*$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านทักษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-Value
ก่อนการทดลอง	33.55	2.29	-72.073	37	0.000*
หลังการทดลอง	53.61	1.44			

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประยุกต์ตามแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ จอห์น เอ็ม. โคเฮนและนอร์แมน ที.อัฟฮอฟ (1977) มีเนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสภาพของชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ตนเองเพื่อค้นหา

ปัญหา และความต้องการในการเรียนรู้ เลือกตัดสินใจในการทำกิจกรรม ร่วมกันวางแผนในการปฏิบัติการ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การฝึกทักษะปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ จากการสังเกตพฤติกรรมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความกระตือรือร้นในการเฝ้าหาความรู้และตั้งใจในการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ ส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์

สอดคล้องกับงานวิจัยของนงนุช หอมเนียม (2565) ที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะในระดับดี ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับงานวิจัยของจรรวณ พันธุ์ประทุม (2567) ที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การพัฒนาดังกล่าว จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. (2564). การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและการวิเคราะห์ข้อมูล. สืบค้น 3 มีนาคม 2567, จาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2021091022_190515.pdf.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สืบค้น 25 มีนาคม 2567, จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/1/Final-plan-moph-2567-web.pdf4>.
- เกื้อกุล ปิฎกาม และคณะ. (2557). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาพื้นที่มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ศูนย์แม่ริม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารบัณฑิตวิจัย, 5 (2), 1-11.
- คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2564). แผนพัฒนาจังหวัดสุราษฎร์ธานี (พ.ศ. 2566-2570). สุราษฎร์ธานี: สำนักงานจังหวัดสุราษฎร์ธานี.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.การจัดกลุ่มในการทำกิจกรรมประเมินทักษะการปฏิบัติแต่ละครั้ง ควรจัดกลุ่มขนาดไม่ใหญ่จนเกินไป จะทำให้สามารถประเมินได้ทั้งถึง
- 2.ทักษะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เคยปฏิบัติ จะขาดความมั่นใจ ควรได้รับการฝึกฝนจนมีความชำนาญ
- 3.ควรเน้นย้ำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความระมัดระวังในการปฏิบัติทักษะที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนิเทศติดตามผลและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
2. เพิ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานอื่นเพื่อเป็นการเสริมสร้างเพิ่มพูนแรงบันดาลใจ
3. ศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมด้วย อันจะส่งผลให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น

- จารุวรรณ พันธุ์ประทุม. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 6 (1), 119-129.
- ดักจัน ด่านพงษ์ และปัทมาพร รัตนหน. (2566). การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแสง อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี (รายงานผลการวิจัย). ม.ป.ท.
- นงนุช หอมเนียม และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30 (3), 460-470.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (20 มีนาคม 2554). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง. หน้า 1.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานการคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- Benjamin, S Bloom. (1986). Learning for mastery. Center for the study of instruction program, 2, 47-62.
- Best, John W. (1977). Research is Evaluation (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการประเมินการคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้น 2 มีนาคม 2567, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48.
- Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2567). รายงานการประเมินการคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้น 2 มีนาคม 2567, จาก https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b066b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.
- Population Reference Bureau. (2023). 2023 World Population Data Sheet. Retrieved 11 March 2024, from <https://2023-wpds.prb.org/wp-content/uploads/2023/12/2023-World-Population-Data-Sheet-Booklet.pdf>.