



ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6

Health Literacy and Elderly Health Care Practice of Village Health Volunteers in Health Region 6

อภิชาติ สบายใจ^{1,2}, เอมอัฒา วัฒนบุรณนท์³, วัลลภ ใจดี³, สุนิสา แสงจันทร์³
Apichat Sabaijai^{1,2}, Aim-utcha Wattanaburanon³, Wanlop Jaidee³, Sunisa Sangjun³
¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
²ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

²Health Service Support Center 6, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health

³Faculty of Public Health, Burapha University

Corresponding author: Sunisa Sangjun; Email: sunisas@go.buu.ac.th

Received: March 9, 2024 Revised: April 24, 2027 Accepted: May 24, 2024

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.99 อายุเฉลี่ย 54.3 ปี (SD=10.08) ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี คิดเป็นร้อยละ 95.8 มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมในระดับดีมากและระดับดี คิดเป็นร้อยละ 71.65 และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ ส่วนใหญ่สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) คิดเป็นร้อยละ 69.55 การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ($B=-4.759$, 95%CI $(-4.086)-(-.817)$) 2) ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ($B=1.225$, 95%CI $.777-1.732$) และด้านการสื่อสาร ($B=1.207$, 95%CI $.708-1.705$) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 22.9 ดังนั้น จึงควรพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการจัดการตนเอง การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีเบื้องต้นในการสื่อสารเพื่อการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ; ความรู้ด้านสุขภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Health Literacy and Elderly Health Care Practice of Village Health Volunteers in Health Region 6

Apichat Sabaijai^{1,2}, Aim-utcha Wattanaburanon³, Wanlop Jaidee³, Sunisa Sangjun³

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

²Health Service Support Center 6, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health

³Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author; Sunisa Sangjun; Email: sunisas@go.buu.ac.th

Received: March 9, 2024 Revised: April 24, 2027 Accepted: May 24, 2024

ABSTRACT

Health literacy can enhance competencies among village health volunteers (VHVs). The objective of this analytic cross-sectional research was to investigate the impact of personal factors on health literacy concerning the care of elderly individuals, focusing on the health care practices of (VHVs) in Health Region 6. The study involved a sample size of 381 participants selected through multi-step random sampling. Data were collected by using a self-developed questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression statistics. The results revealed that the majority of the participants were female, constituting 83.99%, and had an average age of 54.3 years (SD=10.08 years). Notably, VHVs exhibited high levels of overall health literacy, with 95.8% reporting very good and good levels. Regarding the elderly health care practices of VHVs, the study found that 71.65% of VHVs demonstrated very good and good levels of overall elderly health care practices. For the ability to use technology (utilizing applications or other programs), 69.55% of VHVs required assistance or guidance from others. The factors influencing the practices of elderly health care by the VHVs consisted of personal factors and health literacy factors. For the personal factors, the ability to use technology, which included using applications or other programs with assistance or guidance from others ($B=-4.759$, 95% CI: $(-4.086) - (-.817)$), plays a significant role. Regarding the health literacy factors, self-management skills ($B=1.225$, 95% CI: $.777-1.732$) and communication skills ($B=1.207$, 95% CI: $.708-1.705$) were pivotal determinants. These factors collectively contribute to predicting health care practices for the elderly among the VHVs, accounting for 22.9%. Therefore, the VHVs should be supported to enhance self-management skills, effective communication skills, and the ability to use basic technology for communication in order to more effectively provide health care to the elderly.

Keywords: health literacy; elderly health care practice; village health volunteers



ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว พบว่า ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) คือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 และในอีก 9 ปีข้างหน้าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) คือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 28 และจากผลการสำรวจพบว่าประเทศไทยมีดัชนีการสูงอายุในปี 2564 เท่ากับ 120.5 คือ มีประชากรวัยสูงอายุ 120.5 คนต่อประชากรวัยเด็ก 100 คน และมีค่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับ 30.5 คือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 31 คน¹ เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว มีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 15.95 โดยพบว่ามีค่าดัชนีการสูงอายุในปี 2564 เท่ากับ 98.1 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับ 24¹ จากแนวโน้มและสถานการณ์จะเห็นได้ว่าเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มและทิศทางที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านประชากรในระดับประเทศ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในมิติด้านสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสุขภาพของผู้สูงอายุ² อสม. จึงเป็นบุคลากรสำคัญที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนเป็นหนึ่งในนโยบายทางด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยมีการปฏิบัติหน้าที่กระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ด้วยบทบาทที่ทำทายนี้อันได้แก่ การเป็นผู้นำการขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพชุมชน³ และการเป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง (change agent) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตลอดจนการสื่อสารด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานรัฐบาลและประชาชน² กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน ที่มุ่งเน้นการดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ประกอบไปด้วย หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน คัดกรอง ให้คำแนะนำการส่งเสริมป้องกันโรค ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 กับหมอคนที่ 3 ในคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว หมายถึง แพทย์ในโรงพยาบาล ผู้รักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ⁴

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ กองสุศึกษา แบ่งองค์ประกอบไว้ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ⁵ และยังมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁶ ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จากการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ⁷⁻⁹ และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน¹⁰ จะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และบทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงาน แต่พบว่ายังขาดการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดย อสม. ดังนั้นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ



ของ อสม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยจะทำให้ อสม.สามารถปฏิบัติงานตามนโยบาย และเป็นการรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตให้มีสุขภาพดี

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพที่ 6 การผลักดันนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คนและ อสม.เป็นหนึ่งในนั้น การมีนโยบายมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการมีความจำกัดขององค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ที่จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าวเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนากระบวนการดำเนินงานหรือแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

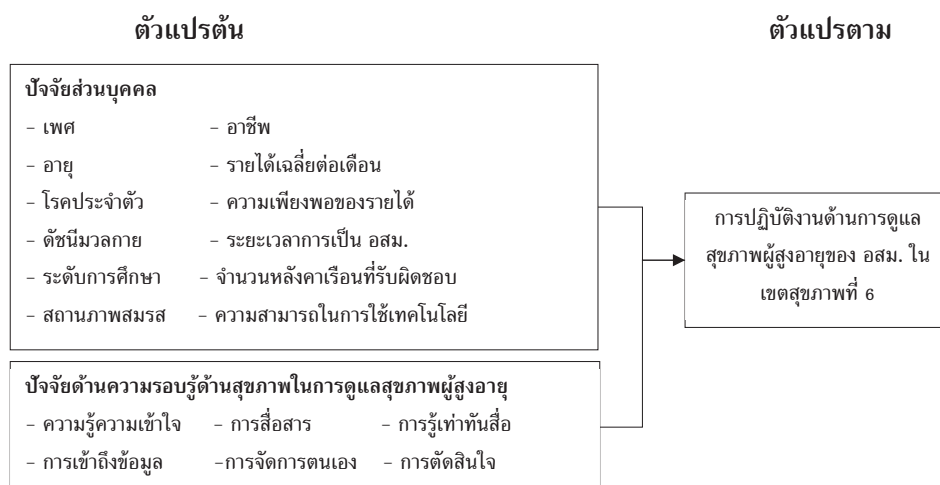
เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของกองสุศึกษา⁵ ซึ่งทั้งสองปัจจัยข้างต้นจะเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytic cross-sectional research) โดยมีประชากร คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 จำนวน 5,201 คน¹¹ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran¹² ได้ 242 คน และปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีของ Hsieh¹³ ได้ 346 คน และเพื่อชดเชยในกรณีการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือถอนตัวระหว่างตอบแบบสอบถาม จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 381 คน

จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน ขั้นตอนแรกสุ่มเลือกตัวแทนจังหวัด โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) สุ่มเลือกตัวแทนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จะเชิงเตตรา สระแก้ว และจันทบุรี จากทั้งหมด 8 จังหวัด ขั้นตอนที่สองสุ่มเลือกตัวแทนอำเภอ โดยสุ่มแบบแบ่งกลุ่มขั้นเดียว จังหวัดละ 1 อำเภอ และขั้นตอนที่สามสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อสม. โดยคำนึงถึงความน่าจะเป็น ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างเท่า ๆ กัน โดยการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน ตามสัดส่วนจำนวนตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) อสม. ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ 2) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามต่อ หรือถอนตัวระหว่างตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ตำแหน่งในชมรม อสม. ตำแหน่งอื่นในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย หน่วยงาน ที่กำกับดูแล และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁵ จำนวน 28 ข้อ วัดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 8 ข้อ แบบ 4 ตัวเลือก มีตัวเลือกที่ถูกต้อง 1 ตัวเลือก และมีตัวเลือกที่ผิด 3 ตัวเลือก 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) การสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวนด้านละ 4 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และ 6) การตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตามข้อความที่ถูกต้องมากที่สุดไปน้อยที่สุด เป็นระดับคะแนน 1-4 คะแนน คะแนนรวมแต่ละด้าน และคะแนนรวมทั้งหมดใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 กลุ่ม¹⁵ คือ ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 ถูกต้องบ้าง/พอใช้ ร้อยละ 60-70 ถูกต้อง/ดี ร้อยละ 70-80 และถูกต้อง ที่สุด/ดีมาก มากกว่าร้อยละ 80

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย) คะแนนรวมทั้งหมดใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค กำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 4 กลุ่ม¹⁵ คือ ไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 พอใช้ ร้อยละ 60-70 ดี ร้อยละ 70-80 และดีมาก มากกว่าร้อยละ 80



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item objective congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (กำหนดเกณฑ์ .5 ขึ้นไป ค่าที่ได้ .67-1) และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอใกล้เคียงจากจังหวัดตัวแทน โดยแบบสอบถามตอนที่ 2 ทุกด้าน และตอนที่ 3 ทดสอบอำนาจจำแนก (กำหนดเกณฑ์ .2 ขึ้นไป ค่าที่ได้ .213-.815) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (กำหนดเกณฑ์ .7 ขึ้นไป ค่าที่ได้ .723-.919) และแบบสอบถามตอนที่ 2 ด้านความรู้ความเข้าใจ ทดสอบความยากง่าย (กำหนดเกณฑ์อยู่ระหว่าง .2-.8 ค่าที่ได้ .2-.8) ทดสอบอำนาจจำแนก (กำหนดเกณฑ์ .2 ขึ้นไป ค่าที่ได้ .213-.467) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธี KR-20 (กำหนดเกณฑ์ .7 ขึ้นไป ค่าที่ได้ .883)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานติดต่อกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอเก็บข้อมูลประกอบ การทำวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประสานขอความร่วมมือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับอำเภอ และหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอ ให้เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โดยผู้วิจัยได้ ชี้แจงทำความเข้าใจกระบวนการเก็บข้อมูล พร้อมวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกำหนดนัดหมายวันเก็บข้อมูลให้กับ ผู้ช่วยวิจัย ในวันเก็บรวบรวมข้อมูลกำหนดเป็นวันประชุมประจำเดือนของ อสม. ที่จัดขึ้น ณ หน่วยบริการสาธารณสุข ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมกันทั้งหมด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 45 นาที ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม-ตุลาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อสม. โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) ด้วยวิธี Stepwise โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยทุกครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ซักถาม ในประเด็นที่มีข้อสงสัย พร้อมชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ และการตอบแบบสอบถาม จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน สิทธิประโยชน์ หรือการเบิกจ่ายค่าป่วยการของ อสม. จากหน่วยงานต้นสังกัด และ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามเอกสารรับรองที่ IRB3-060/2566 วันที่ 7 กรกฎาคม 2566

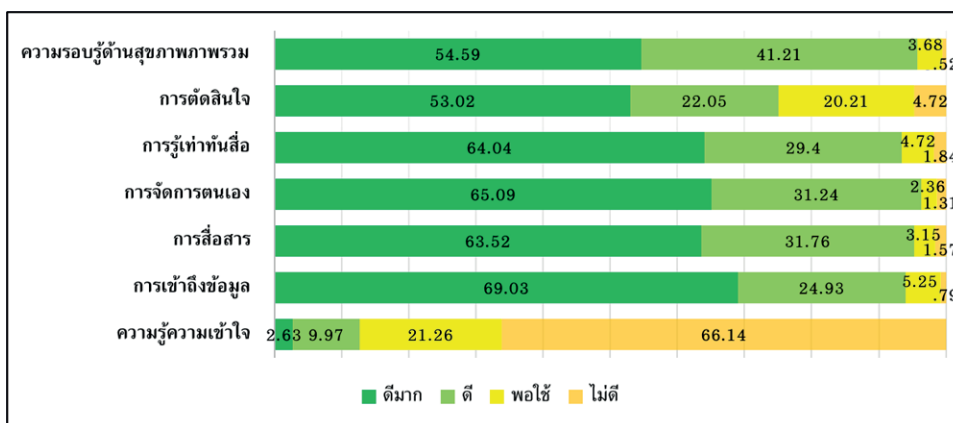
ผลการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.99 โดยมีอายุ 40 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 91.86 (54.30 ± 10.08 ปี) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.32 ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์⁶ อยู่ในภาวะอ้วน ร้อยละ 50.04 (25.59 ± 4.43 กก./ม.²) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า ร้อยละ 53.55 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.87 สัดส่วนการประกอบอาชีพมากที่สุด คือ ทำการเกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ร้อยละ 37.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ร้อยละ 70.34 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือนขึ้นไป และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 65.62 ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่เป็น อสม.เฉลี่ย 15.06 ± 9.64 ปี หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ส่วนใหญ่รับผิดชอบเฉลี่ย 15.79 ± 7.55 หลังคาเรือน ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพด้านการใช้งาน แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” ผ่านสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์ ส่วนใหญ่สามารถใช้งานได้บ้างโดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ร้อยละ 57.74 ส่วนด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์ ส่วนใหญ่สามารถใช้งานได้บ้างแอปพลิเคชันหรือบางโปรแกรมโดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ร้อยละ 69.55

2. ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี ร้อยละ 95.8 โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมากและระดับดีมากที่สุดถึงร้อยละ 96.33 รองลงมาคือด้านการสื่อสาร ร้อยละ 95.28 ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 93.96 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 93.44 และด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 75.07 ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมากและระดับดี น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 12.6

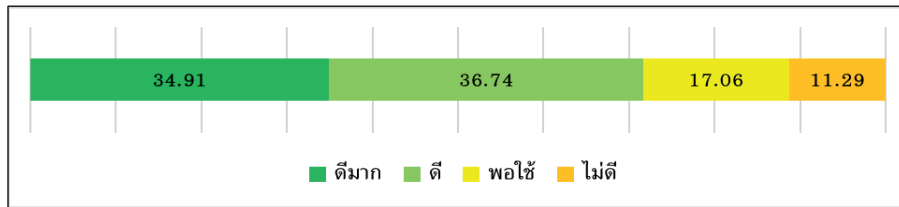
เมื่อพิจารณารายด้านที่มีระดับคะแนนค่อนข้างน้อย คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ อสม. อยู่ในระดับดีมากและระดับดีเพียงร้อยละ 12.6 โดยพบว่าเรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุเหมาะสม อสม. ตอบถูกเพียงร้อยละ 13.91 เรื่องปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตอบถูกเพียงร้อยละ 26.77 และเรื่องสัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตอบถูกเพียงร้อยละ 33.86 และด้านการตัดสินใจ อสม. มีการตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและพบว่าญาติผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในระดับดีมากเพียงร้อยละ 13.12 และในเรื่องการปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุที่บ้านเริ่มมีอาการหลงลืมในบางเรื่อง อสม. เลือกตัดสินใจในระดับพอใช้ ถึงร้อยละ 44.36 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (n = 381 คน)

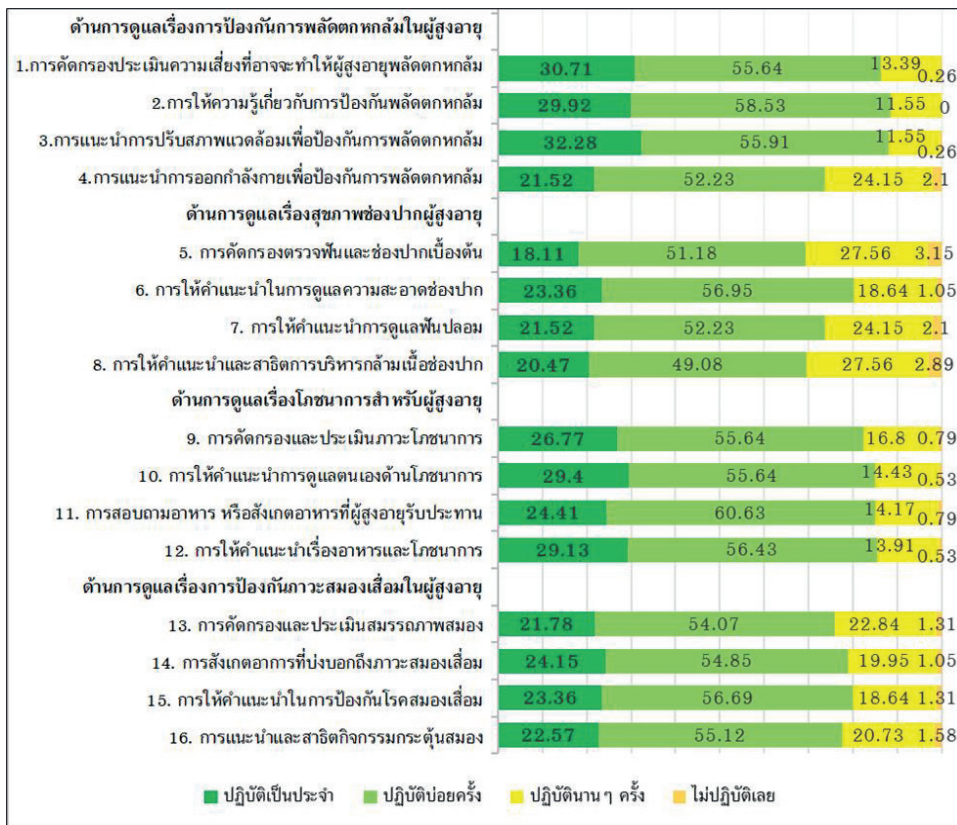


3. การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานฯ ภาพรวมในระดับดีมากและระดับดี ร้อยละ 71.65 ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ระดับคะแนนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฯ ภาพรวม (n = 381 คน)

แต่เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ดีมากพอ เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างแนะนำการดูแลฟันปลอม เพียงร้อยละ 73.75 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก เพียงร้อยละ 69.55 และคัดกรองตรวจฟันและช่องปากเบื้องต้น เพียงร้อยละ 69.29 ตามลำดับ ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อม เพียงร้อยละ 79.01 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตกิจกรรมกระตุ้นสมอง เพียงร้อยละ 77.69 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ระดับคะแนนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฯ รายข้อ (n = 381 คน)

4. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. มีขั้นตอนในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบคุณลักษณะของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยได้แปลงข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่มีระดับการวัดแบบเชิงปริมาณ (scale) คงคุณลักษณะเดิม ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (crude) เพื่อคัดเลือกตัวแปรต้นที่ละตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ ไปวิเคราะห์ Multiple Linear Regression โดยพบตัวแปรที่ผ่านการทดสอบในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 2 ตัวแปร คือสถานภาพสมรส ($B = 1.964$) และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ($B = -4.694$) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ 5 ตัวแปร คือ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($B = 1.267$) 2) ด้านการสื่อสาร ($B = 1.916$) 3) ด้านการจัดการตนเอง ($B = 1.862$) 4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($B = 1.751$) และ 5) ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวม ($B = .532$) ขั้นตอนที่ 3 นำตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรเข้าสมการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression คัดเลือกด้วยวิธี Stepwise ผลการวิเคราะห์มีตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 1 ตัวแปร คือ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ 2 ตัวแปร คือ 1) ด้านการจัดการตนเอง และ 2) ด้านการสื่อสาร และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) พิจารณาค่า F-test ANOVA มีค่า 37.254 ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงเส้นตรง 2) พิจารณาค่า VIF < 10 และค่า Tolerance > .1 ทุกตัวแปร แสดงว่าไม่พบปัญหา multicollinearity 3) พิจารณาค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 1.788 แสดงว่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน 4) พิจารณาการทดสอบข้อมูลของตัวแปร Y บนทุกค่าของตัวแปร X เมื่อนำค่า residual มา plot โดยใช้ histogram พบมีการแจกแจงแบบปกติ และ 5) พิจารณาค่าส่วนเหลือมาตรฐาน (standardized residual) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และไม่มีรูปแบบการกระจายที่เป็นระบบ แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนแบบคงที่

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. สามารถอธิบายจากค่า Beta (B) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ($B = 1.225$, 95%CI .777-1.732) และด้านการสื่อสาร ($B = 1.207$, 95%CI .708-1.705) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ($B = -4.759$, 95%CI (-4.086)-(-.817)) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 22.9 ดังตารางที่ 1 และสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้ การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. = $19.967 + 1.225(\text{ด้านการจัดการตนเอง}) + 1.207(\text{ด้านการสื่อสาร}) + (-4.759)(\text{ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ)})$



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์แสดงความสำคัญ (n = 381)				
	B	95%CI	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	19.967	12.244-27.149		5.197	<.001
1.ด้านการจัดการตนเอง	1.225	.777-1.732	.277	5.168	<.001
2.ด้านการสื่อสาร	1.207	.708-1.705	.255	4.757	<.001
3.ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี(การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ สามารถใช้งานได้โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือนำ)	-4.759	(-4.086)-(-.817)	-.111	-2.441	.015
R = .478 R ² = .229 Adjust R ² = .223 SE = 7.39511					

B : Beta β : Regression Coefficient CI : Confidence interval SE : Standard Error

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี (ดังแสดงในผลการศึกษา) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก^{7,10,17} ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี แต่เมื่อจำแนกรายด้านยังมีด้านที่ระดับคะแนนยังไม่ดีพอ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ อสม. ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนในระดับดีมากและระดับดีน้อยที่สุด โดยเฉพาะเรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุเหมาะสมตอบถูกเพียงร้อยละ 13.91 เรื่องปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตอบถูกเพียงร้อยละ 26.77 และเรื่องสัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตอบถูกเพียงร้อยละ 33.86 อาจเป็นเพราะว่าในเรื่องดังกล่าว อสม. ยังไม่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในส่วนนี้ที่มากพอ และด้านการตัดสินใจ ถึงแม้ว่า อสม. ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับดีมากและระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดในคำถามรายข้อพบว่า อสม. ยังมีการตัดสินใจในระดับดีมาก ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและพบว่าญาติผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ เพียงร้อยละ 13.12 ซึ่งน้อยมาก และในเรื่องการปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุที่บ้านเริ่มมีอาการหลงลืมในบางเรื่องซึ่ง อสม. เลือกตัดสินใจอยู่ในระดับพอใช้ถึงร้อยละ 44.36 พบว่าสอดคล้องกับด้านความรู้ความเข้าใจ ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า อสม. ยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวไม่มากพอ เช่น การศึกษาที่พบว่า อสม. มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง¹⁸ และการศึกษาที่พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁹

2. การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี (ดังแสดงในผลการศึกษา) อาจเป็นผลมาจากบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ตามนโยบายคนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน ที่เน้นดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชน⁴ แต่อย่างไรก็ตามยังมีการปฏิบัติงานที่ ยังไม่ดีพอและค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นได้แก่ ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ อสม. แนะนำการดูแลฟันปลอมรองลงมาคือ แนะนำและสาธิตการบริหากลิ่นเนื้อช่องปาก และคัดกรองตรวจฟันและช่องปากเบื้องต้น ตามลำดับ และด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อสม. สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อม

รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตกิจกรรมกระตุ้นสมอง ตามลำดับ (ดังแสดงในผลการศึกษา) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า อสม. ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กับเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านพฤติกรรม การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง²⁰ และการศึกษาที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และไม่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน¹⁹ จึงทำให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้การตัดสินใจในการปฏิบัติงานในเรื่องดังกล่าวยังไม่ดีเท่าที่ควรเช่นกัน

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 2 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการตนเอง ($B=1.225$, 95%CI .777-1.732) 2) ด้านการสื่อสาร ($B=1.207$, 95%CI .708-1.705) และปัจจัยส่วนบุคคล 1 ด้าน คือความสามารถในการใช้เทคโนโลยี(การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ($B=-4.759$, 95%CI (-4.086)-(-.817)) ซึ่งสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 22.9 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁵ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้ถึงร้อยละ 40.90¹⁰ สามารถจำแนกอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง¹⁵ โดยพบว่า อสม. ที่มีระดับคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อระดับคะแนนการปฏิบัติงานของ อสม. ที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ และทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้^{10,21} สำหรับด้านการสื่อสารซึ่งเป็นความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน¹⁵ โดยพบว่า อสม. ที่มีระดับคะแนนการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อระดับคะแนนการปฏิบัติงาน อสม. ที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ²¹ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง²²

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) พบว่า อสม. ที่สามารถใช้งานได้ดีมีคะแนนการปฏิบัติงานที่ลดลง อาจเนื่องจากที่สามารถใช้งานได้ส่วนใหญ่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ประกอบกับส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ดังแสดงในผลการศึกษา) ซึ่งเริ่มมีปัญหาทางด้านสายตา สอดคล้องกับภาวะสายตาสั้นหรือสายตายาวตามวัย (presbyopia) ที่มักมีปัญหาเมื่อถึงวัย 40 ปีขึ้นไป²³ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยี ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น การหลงลืมภาษาอังกฤษความกังวลเรื่องความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้งาน²⁴ และปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุคือการใช้งานและการทำความเข้าใจในการใช้งานสมาร์ทโฟน เนื่องจากมีความซับซ้อนในตัวละครบบของเทคโนโลยี ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญในการใช้งานสมาร์ทโฟนอย่างมาก²⁵ ต้องขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่น



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย อสม.มีระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ และการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างน้อยจึงควรพัฒนาศักยภาพในประเด็นดังกล่าวและพบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ที่ควรพัฒนาและยกระดับศักยภาพให้อสม. ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง และด้านการสื่อสาร รวมถึงความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (การใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือนำ) ง่ายต่อการใช้งานสามารถใช้งานได้เองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่น เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามนโยบายคนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน ที่มุ่งเน้นการดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนที่มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น และรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษา และสถานการณ์ทางสังคมรวมถึงนโยบายทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและการปฏิบัติงานของ อสม.ควรจะได้ศึกษาวิจัยและพัฒนา(research and development) อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานด้านดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และครอบคลุมทุกมิติเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยผู้ช่วยเหลือในการทดสอบเครื่องมือวิจัย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล และ อสม. ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี และงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

References

1. National Statistical Office. Executive Summary Survey of the elderly population in Thailand 2021 [internet]. 2021 [cited 2022 April 29]. Available from: <https://bit.ly/3a6dWq4>.(in Thai)
2. Department of Health Service Support. Enhancing health literacy from village health volunteer to family volunteer. 1st ed. Bangkok: O-VIT (Thailand);2017.(in Thai)
3. Department of Health Service Support. Handbook for modern village health volunteers. Bangkok: Thai Agricultural Co-operative federation of Thailand (Thailand);2011.(in Thai)
4. Department of Health Service Support. 3 doctors “Every Thai family has 3 personal doctors.” [internet]. 2022 [cited 2022 February 1]. Available from: <https://citly.me/2d5C8>.(in Thai)
5. Health education division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Enhancing and assessing health literacy and health behaviors, group of school age children Working age group. Bangkok: New Thammasat Press (Thailand);2016.(in Thai)
6. Don Nutbeam. Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy: Implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control. University of



- Sydney Australia: World Health Organization Together Let's Beat NCDs.;2017.
7. Nareumon N, Juntarawijit Y. Relationship between health literacy in obesity and health promoting behavior among village health volunteers in Phayuhakiree district, Nakornsawan province. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2017;11(1):108-19.(in Thai)
 8. Khuhamanee U, Rodjarkpai Y, Maharachpong N. Health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention. *Journal of the /department of Medical Services* 2019;45(1):137-42. (in Thai)
 9. Konsnan W, Poum A. Health literacy associated with preventing and controlling behavior of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Nong Yai sub-district, Prasat district, Surin province. *Journal of Health Science and Community Public Health* 2020;3(1):35-44.(in Thai)
 10. Meekaew E, Jaidee W, Sangjun S. Factors related to health literacy and self-protective behaviors on the coronavirus-2019 infection disease surveillance of village health volunteers in Soi-Dao district, Chanthaburi province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2022;32(1):74-87.(in Thai)
 11. Public health information system, Primary health care division. Report on the performance of village health volunteers, home doctors, year 2022 [internet]. 2022 [cited 2022 October 25]. Available from: <http://www.thaiphc.net/new2020>.(in Thai)
 12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John wiley & Sons;1977.
 13. Hsieh FY, Daniel A, Michael D, Larsen. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*1998;17(143):1623-34.
 14. Andrade C. Sample size and its importance in research. *Indian J Psychol Med.* 2020;42(1):102-3. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_504_19
 15. Health education division, Department of health service support, Ministry of Public Health. Enhancing and assessing health literacy and health behaviors. Nonthaburi: Health education division, Department of health service support, Ministry of Public Health;2018.(in Thai)
 16. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Good figure and good health easily, just adjust 4 behaviors. 2nd ed Bangkok: Samchareon Phanich Bangkok(Thailand);2018.(in Thai)
 17. Yaowakul D, Abdullakasm P, Maharachpong N. Health literacy on coronavirus disease 2019 protective behaviors of village health volunteers in Region 6 health provider. *Research and Development Health System Journal* 2022;15(1):257-72.(in Thai)
 18. Maleelai K, Kingmala P, Phasunon C, Kaewkanya T, Benmat W, Phoban A, et al. Knowledge and attitude toward oral health care among the village health volunteers at the service area of Bua Wat Health Promoting Hospital, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. *Academic Journal of Community Public Health* 2020;6(4):51-60.(in Thai)
 19. Heakham N, Lawang W. Factors related to care readiness for persons with dementia among village health volunteers. *Journal of Nursing and Education* 2020;13(4):1-17.(in Thai)
 20. Bunthos R, Sawasde C, Udomphol C, Songchaeng T, Bunsiri S. Associations between knowledge,



- self-efficacy and oral health care behaviors among the village health volunteers in Ban Puek subdistrict, Mueang district, Chonburi province. *Thai Dental Nurse Journal* 2020;31(2):65–76.(in Thai)
21. Darun P, Krirat P. Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng kan province. *Journal of Department of Health Service Support* 2019;15(3):71–82.(in Thai)
 22. Wannapake J, Phatisena T. Relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Talad sub-district, Muang district, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)* 2018;15 (Special):176–85.(in Thai)
 23. Pisitpayat P. Principles of presbyopia treatment. *The Thai Journal of Ophthalmol.* 2019;33(2):101–06. (in Thai)
 24. Kleechaya P. Digital Technology utilization of elderly and framework for promoting thai active and productive aging [Research Report]. Bangkok: National Research Council of Thailand. 2020.(in Thai)
 25. Suthatipkul S, Siriwong P. The problem and process of learning to use the smartphone technology of the elderly people in surrounding area Phra Pinklao, Bangkok Noi district in Bangkok. In: The 9th Rajamangala University of Technology National Conference “Creative RMUT and Sustainable Innovation for Thailand 4.0”. 2017 August 7–9; Exhibition and Convention Center, Muang Thong Thani; Nontaburi; Rajamangala University of Technology Rattanakosin ;2017:1,200–10.(in Thai)