



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.หนองเกลือม อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา

**Factors influencing the competency in caring for the elderly of village health volunteers,
Nong Ngu Lueam Subdistrict, Chaloe Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province**

สุดา หันกลาง^{1*}, สมพงษ์ ลือกลาง², สายสุนีย์ เลิศกระโทก¹, สุลีกร ศิวเสน¹

Suda Hanklang^{1*}, Sompong Lueklang², Saisunee Lertkratoke¹, Suleegorn Sivasan¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวงษ์

¹Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, ²Natawong Subdistrict Health Promoting Hospital

*Corresponding author: suda_han@vu.ac.th

Received: May 7, 2024 Revised: October 21, 2024 Accepted: October 25, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองเกลือม อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา เก็บข้อมูลจาก อสม. ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 175 คน โดยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (ค่าความเชื่อมั่น .78) และแบบวัดสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. (ค่าความเชื่อมั่น .93) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และตัวแบบการถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สามารถทำนายการมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (OR = 1.562, 95%CI: 1.020 - 2.393) และระดับสูง (OR = 1.832, 95%CI: 1.154 - 2.906) และการจัดการตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. สามารถทำนายการมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูงได้ (OR = 1.530, 95%CI: 1.048 - 2.235) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ดังนั้น ควรให้การส่งเสริมสมรรถนะของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสื่อสารสุขภาพและด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. ให้เกิดประสิทธิภาพและจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความรู้ด้านสุขภาพ, 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา)

Abstract

This study is cross-sectional descriptive research. The aim of this study is to investigate the factors influencing the competency in caring for the elderly of village health volunteers (VHVs), Nong Ngu Lueam Subdistrict, Chalerm Prakiat District, Nakhon Ratchasima Province. Data were collected from 175 village health volunteers, aged 20 years and over. Using a health literacy measure based on the principles of 3E. 2S. (Cronbach's alpha .78) and a competency measure caring for the elderly of village health volunteers (Cronbach's alpha .93). Data were analyzed using descriptive statistics and multinomial logistic regression models. The results of the research found that 58.3% of the sample had a moderate level of competency in caring for the elderly. Health communication according to the 3E. 2S. principles could predict having a moderate level of competency in caring for the elderly (OR = 1.562, 95 %CI: 1.020 - 2.393) and high level (OR = 1.832, 95%CI: 1.154 - 2.906) and self-management according to the 3E. 2S. principles can predict having a high level of competence in caring for the elderly (OR = 1.530, 95%CI: 1.048 - 2.235) with statistical significance (p-value < .05). Therefore, the competency of village health volunteers should be promoted in caring for the health of the elderly by developing health literacy. Especially in the areas of health communication and self-management according to the principles of 3E. 2S. to be effective and will lead to good results in taking care of the health of people in the community in the future.

Keywords: Competency in caring for the elderly, Village health volunteers, Health literacy, 3E. 2S. (Eating, Exercise, Emotion, Stop Smoking, Stop Drinking)

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้วในปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและความต้องการการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่เพียงพอกับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล อีกทั้งยังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง⁽²⁾ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้มีความสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ มีหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน เนื่องจาก อสม. มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน และเป็นผู้ได้รับการพัฒนาความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ อสม. มีส่วนช่วยในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นพื้นฐานในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง คือการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดการตัดสินใจตนเองให้มีการตัดสินใจ เลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุขไทยได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย โดยมีหลักการ 3อ.2ส. คือ การส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีในด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา ประกอบด้วย การประเมินหลายมิติ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม และการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง⁽⁴⁾ มีงานวิจัยพบว่าประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะเป็นพื้นฐานของการจัดการและป้องกันโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่าความชุกของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น แต่ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังอยู่ในระดับต่ำ^(6,7)

จากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อสม. อยู่ในบทบาทที่ประชาชนคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพ การกำหนดสมรรถนะของ อสม. ทุกด้านล้วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อให้เป็น อสม. คุณภาพ ที่สามารถสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต⁽⁸⁾ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽⁹⁾ และพบว่าจำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนของครอบครัว เป็นปัจจัยร่วมทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้⁽²⁾ แต่ยังคงขาดงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. เนื่องจาก อสม. ต้องเป็นผู้รู้ด้านสุขภาพของชุมชน เป็นผู้ที่มีความรู้ สามารถค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เพื่อให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้กับประชาชนในพื้นที่ แต่ปัจจุบันพบว่า อสม. มีความหลากหลายในด้านอายุ การศึกษา ประสบการณ์และความสามารถต่าง ๆ⁽¹⁰⁾

จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรมากเป็นอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นอันดับสองของประเทศ จากข้อมูลสำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา

ณ ปี 2566 มีประชากรทั้งสิ้น 2,630,058 คน ของประชากรทั้งหมด⁽¹¹⁾ พื้นที่ ต.หนองงูเห่ล้อม เป็นชุมชนชนบท ตั้งอยู่ใน อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 10,025 คน มีครัวเรือน จำนวน 3,095 ครัวเรือน มี อสม. จำนวน 221 คน⁽¹²⁾ มีการศึกษาวิจัยในพื้นที่ พบว่าประชาชนในชุมชนรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.1) ไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ⁽¹³⁾ ผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอันมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้มีการจัดอบรมความรู้ให้แก่ อสม. ในพื้นที่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชน อาทิเช่น การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0 เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังขาดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ให้แก่ อสม. อย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ต.หนองงูเห่ล้อม อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ต.หนองงูเห่ล้อม อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ต.หนองงูเห่ล้อม อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของ ต.หนองงูเห่ล้อม อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 221 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1 กำหนด Effect size $w = 0.15$ (ขนาดอิทธิพลเล็ก), α error probability = 0.05, Power = 0.80, number of predictors = 12 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน⁽¹⁴⁾ การสุ่มตัวอย่างทำแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็น อสม. ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) สัญชาติไทย 3) อาศัยในชุมชนไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเรื่อง การพูด การฟัง และการรับรู้ และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษานี้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มียาหรืออยู่ในระบบงาน อสม. แต่อยู่ระหว่างการพัก/หรือมีเหตุผลทางสุขภาพที่ไม่ได้ร่วมปฏิบัติงานในชุมชนตามหน้าที่ อสม. เป็นการชั่วคราวเกิน 3 เดือนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลประชากร ประกอบด้วย ข้อมูลเจนนับ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ การมีโรคประจำตัว การมีประสบการณ์ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของคนไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. คือ อ1: อาหาร อ2: ออกกำลังกาย

อ3: อารมณ์ ส1: สุบнуหรี และ ส2: สุรา ทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบ่งเนื้อหา ดังนี้ ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (6 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวหลายตัวเลือก ก ข ค ง ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ ตามหลัก 3อ 2ส (10 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ความถี่ในการปฏิบัติ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส (3 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวหลายตัวเลือก ก ข ค ง มีระดับการให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนนตามระดับความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติให้คะแนนตามมาตรฐานของแบบสอบถามกำหนด ตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (6 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ หากปฏิบัติ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) 4 - 5 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) 3 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) และ ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือสากลและได้รับการยอมรับทางวิชาการ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตรฐานนี้โดยมิได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระหรือข้อคำถามแต่อย่างใด และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างซึ่งเป็น อสม. ในตำบลใกล้เคียง จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วย Cronbach's alpha ทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

ส่วนที่ 3 แบบวัดสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽²⁾ มีคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 60 คะแนน แปลผล คะแนนเป็น 3 ระดับคือ สมรรถนะ

การดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (15 - 30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31 - 45 คะแนน) และระดับสูง (46 - 60 คะแนน) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ฝ่ายบริการการแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ และพยาบาล ที่ดูแลงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1 สำหรับค่าความเที่ยงของ แบบสอบถามผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่ มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างซึ่งเป็น อสม.ในตำบลใกล้เคียง จำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยติดต่อประสาน พื้นที่เพื่อกำหนดวันลงพื้นที่เก็บข้อมูลจัดทำหนังสือ ขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ตามวันที่กำหนด เก็บข้อมูล โดยการแนะนำตัวพร้อมชี้แจงให้ทราบสิทธิการตอบรับ หรือปฏิเสธ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย สิทธิการให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และตรวจสอบความถูกต้อง ของคำตอบทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์แล้ว มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับ การศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ การมีโรคประจำตัว การมีประสบการณ์ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ และระดับ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอในรูปแบบตาราง การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าพิสัย Quartile แสดงด้วย Inter-Quartile range (Q3 - Q1) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ของ อสม. ที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ได้แก่ ตัวแปร เพศ, การมีโรคประจำตัว, การมีประสบการณ์ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ และสถิติ Kruskal-Wallis's test ได้แก่ ตัวแปร อายุ การศึกษาสูงสุด และการประกอบอาชีพ และวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณได้แก่ อายุและปัจจัยด้านความ รอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ ความรู้ความ เข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส., การเข้าถึงข้อมูลบริการ สุขภาพตาม 3อ.2ส., การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส., การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส., การรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศตาม 3อ.2ส., การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส., คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ที่มี ความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอสม. โดยใช้สถิติ Spearman Rank Correlation วิเคราะห์ตัวแบบ การถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก (Multinomial Logistic Regression Model) เพื่อการจัดกลุ่ม อสม.ที่มี ประสบการณ์ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ และ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ตัวแปรตามเป็นระดับ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ซึ่งการแบ่งระดับสมรรถนะ ในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับนี้อ้างอิงตามมาตรฐานการแบ่งระดับสมรรถนะ ในการดูแลผู้สูงอายุของแบบสอบถามจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้⁽²⁾ พิจารณาปัจจัย เข้าสมการทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอสม. โดยตัวแปรทำนายจะต้องมีความสัมพันธ์กันต่ำ โดยใช้ เกณฑ์ค่า r ไม่เกิน .65⁽¹⁵⁾ ซึ่งถ้าหากเกิดความสัมพันธ์กันสูง จะทำให้เกิดปัญหา multicollinearity และในการวิเคราะห์ จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างหรือ n มากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่า ของจำนวนตัวแปรทำนาย⁽¹⁶⁾ ดังนั้น เมื่อพิจารณาค่า r แล้ว จะพบว่าตัวแปรทำนายที่สามารถนำเข้าสู่การวิเคราะห์ได้ มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ฝึกอบรม การดูแลผู้สูงอายุ และตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย 2) การเข้าถึงข้อมูลบริการ สุขภาพตาม 3อ.2ส. 3) การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และ 4) การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. การศึกษานี้กำหนดให้ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำเป็นคะแนนพื้นฐาน (Baseline) การแปลผลค่าอิทธิพลการทำนายจะแปลผล เทียบกับค่าคะแนนพื้นฐาน (Baseline) กำหนดค่าช่วงความ เชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95%CI) และ P-value < .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล หมายเลขใบรับรอง มวจ. 273/2566.09.08.2566 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาเป็นระดับสูงจำนวน 54 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.9 และระดับต่ำ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 (ดังตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุข้อคำถาม ที่ อสม.ปฏิบัติได้อยู่ในระดับสูง จำนวนมากที่สุด ได้แก่ “ท่านวัดรอบเอวด้วยสายวัด” (ร้อยละ 36.0)

ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ (n = 175)

ระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	15 - 30	19	10.9
ระดับปานกลาง	31 - 45	102	58.2
ระดับสูง	46 - 60	54	30.9

ตารางที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุจำแนกรายข้อ (n = 175)

สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ	Inter-Quartile Range	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	(IQR)	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(Q3 – Q1)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ท่านวัดความดันโลหิตให้กับผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	1.00 3.00 - 2.00	59 (33.7)	73 (41.7)	43 (24.6)
2. ท่านวัดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ให้กับผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	1.00 3.00 - 2.00	83 (47.4)	58 (33.1)	34 (19.4)
3. ท่านวัดรอบเอวด้วยสายวัด	2.00 4.00 - 2.00	46 (26.3)	66 (37.7)	63 (36.0)
4. ท่านสอบถามเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ	2.00 4.00 - 2.00	46 (26.3)	79 (45.1)	50 (28.6)
5. ท่านเข้าไปพูดคุยซักถามอาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพกับผู้สูงอายุ	1.00 4.00 - 3.00	43 (24.6)	83 (47.4)	49 (28.0)

รองลงมา ได้แก่ “ท่านสอบถามเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ” (ร้อยละ 28.6) ตามลำดับ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุข้อคำถามที่ อสม.ปฏิบัติได้อยู่ในระดับปานกลางจำนวนมากที่สุด ได้แก่ “ท่านนำข่าวสารเรื่องการดูแลตนเองไปบอกผู้สูงอายุและครอบครัว” (ร้อยละ 53.7) รองลงมาได้แก่ “ท่านเข้าไปพูดคุยซักถามอาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพกับผู้สูงอายุ” และ “ท่านแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ” มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 47.4) ตามลำดับ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุข้อคำถาม ที่ อสม.ปฏิบัติได้อยู่ในระดับต่ำจำนวนมากที่สุด ได้แก่ “ท่านดูแลป้อนอาหารผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่าน” (ร้อยละ 61.7) รองลงมาได้แก่ “ท่านดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุหรือเพื่อน อสม.” (ร้อยละ 58.3) และ “ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ” (ร้อยละ 48.6) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุจำแนกรายข้อ (n = 175)

สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ	Inter-Quartile Range (IQR) (Q3 - Q1)	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
		จำนวน	จำนวน	จำนวน
		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
6. ท่านนำข่าวสารเรื่องการดูแลตนเองไปบอก ผู้สูงอายุและครอบครัว	1.00 4.00 - 3.00	35 (20.0)	94 (53.7)	46 (26.3)
7. ท่านแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารของ ผู้สูงอายุ	1.00 4.00 - 3.00	43 (24.6)	83 (47.4)	49 (28.0)
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ผู้สูงอายุ	1.00 3.00 - 2.00	85 (48.6)	54 (30.9)	36 (20.6)
9. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ผู้สูงอายุ	1.00 3.00 - 2.00	72 (41.1)	63 (36.0)	40 (22.9)
10. ท่านร่วมเยี่ยมบ้านกับทีมสุขภาพ	1.00 3.00 - 2.00	70 (40.0)	66 (37.7)	39 (22.3)
11. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ	1.00 3.00 - 2.00	74 (42.3)	62 (35.4)	39 (22.3)
12. ท่านดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงร่วมกับ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุหรือเพื่อน อสม.	1.00 3.00 - 2.00	102 (58.3)	38 (21.7)	35 (20.0)
13. ท่านดูแลป้อนอาหารผู้สูงอายุที่อยู่ใน การดูแลของท่าน	1.00 3.00 - 2.00	108 (61.7)	37 (21.1)	30 (17.1)
14. ท่านให้การดูแลรับส่งยาแก่ผู้สูงอายุ	1.00 3.00 - 2.00	80 (45.7)	58 (33.1)	37 (21.1)
15. เมื่อผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลท่านจะให้ การดูแล และการให้คำปรึกษา	1.00 3.00 - 2.00	82 (46.9)	57 (32.6)	36 (20.6)

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการดูแลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 162 คน ผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 92.6 และพบว่าสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ (n = 175)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ			Z/χ ²	P-value
		Median	(Min - Max)	Inter-Quartile Range (IQR)		
				(Q3 – Q1)		
เพศ						
ชาย	13 (7.4)	40.00	25 - 60	19.00 (51.00 - 32.00)	-.171	.864

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ (n = 175) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ			Z/ χ^2	P-value
		Median	(Min - Max)	Inter-Quartile Range (IQR) (Q3 - Q1)		
หญิง	162 (92.6)	40.50	26 - 60	14.00 (48.00 - 36.00)		
อายุ (ปี)						
20 - 55	81 (46.3)	40.00	25 - 60	13.00 (47.00 - 34.00)	1.715	.424
56 - 59	36 (20.6)	42.00	26 - 60	18.75 (50.75 - 32.00)		
60 ปีขึ้นไป	58 (33.1)	42.00	30 - 60	12.50 (47.25 - 34.75)		
การศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	82 (46.9)	42.00	26 - 60	15.25 (49.25 - 34.00)	.795	.672
มัธยมต้น/มัธยม	85 (48.6)	40.00	25 - 60	15.00 (49.00 - 34.00)		
ปลาย/อนุปริญญา						
ปริญญาตรีและ	8 (4.6)	36.50	30 - 51	12.75 (44.00 - 31.25)		
สูงกว่าปริญญาตรี						
การประกอบอาชีพ						
เกษตรกร	108 (61.7)	41.50	26 - 60	15.00 (49.00 - 34.00)	.656	.884
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	15 (8.6)	42.00	28 - 60	12.00 (46.00 - 34.00)		
ค้าขาย/รับจ้าง	35 (20.0)	40.00	25 - 60	13.00 (47.00 - 34.00)		
ทั่วไป						
อื่น ๆ	17 (9.7)	38.00	26 - 60	16.00 (49.00 - 33.00)		
(แม่บ้าน, นักศึกษา, ข้าราชการเกษียณ)						
การมีโรคประจำตัว						
ไม่มี	92 (52.6)	41.00	25 - 60	16.50 (49.75 - 33.25)	-.045	.964
มี	83 (47.4)	40.00	26 - 60	12.00 (47.00 - 35.00)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ (n = 175) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ			Z/ χ^2	P-value
		Median	(Min - Max)	Inter-Quartile Range (IQR) (Q3 – Q1)		
การมีประสบการณ์ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ						
ไม่มี	25 (14.3)	37.00	26 - 60	11.50 (43.00 - 31.50)	- 2.393*	.017*
มี	150 (85.7)	42.00	25 - 60	16.00 (50.00 - 34.00)		

χ^2 : †U: Mann-Whitney U test; ‡Kruskal-Wallis's test; *p-value < .05

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ สุขภาพตาม 3อ.2ส. ($r_s = .356$) การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. ความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กับ ($r_s = .277$) และคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2 ส. ($r_s = .274$) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแล ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ (r_s) ระหว่างอายุ ความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กับสมรรถนะในการดูแล ผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 175)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ	1									
2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.	-.137	1								
3. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	-.083	-.044	1							
4. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	.056	-.041	.385**	1						
5. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	.087	.020	.381**	.447**	1					
6. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส.	-.160*	.076	.207**	.204**	.308**	1				
7. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.	.026	.092	.273**	.235**	.149*	.063	1			
8. คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.	-.067	.211**	.656**	.655**	.697**	.601**	.477**	1		
9. พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.	.163*	-.013	.137	.178*	.255**	.078	.159*	.254**	1	
10. สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ	.137	-.125	.330**	.356**	.277**	-.022	.141	.274**	.085	1

*P-value < .05, **P-value < .001

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยแบบ มัลติโนเมียลลอจิสติกของการมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. พบว่า การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. สามารถ ทำนายการมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับ ปานกลาง (OR = 1.562, 95%CI: 1.020 - 2.393) และ

ระดับสูง (OR = 1.832, 95%CI: 1.154 - 2.906) ได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้การมีประสบการณ์ใน การดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ในระดับต่ำเป็นคะแนนพื้นฐานของทั้ง 2 ระดับสมรรถนะ (ปานกลาง - สูง) และยังพบว่า การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.

(OR = 1.530, 95%CI: 1.048 – 2.235) สามารถทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำเป็นคะแนนพื้นฐาน ($p < .05$) ดังนั้น ปัจจัยทำนายการมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุระดับสูงด้วยสมการถดถอยโลจิสติก ประกอบด้วย 2 ตัวแปรทำนาย คือ

การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. ซึ่งหมายถึง หากการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูงเพิ่มขึ้น 1.832 เท่า หรือเพิ่มขึ้น $(P-1)*100\% = (1.832 - 1)*100 = 83.2\%$ เมื่อเทียบกับ Baseline และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูงเพิ่มขึ้น 1.530 เท่า หรือเพิ่มขึ้น $(P-1)*100\% = (1.530 - 1)*100\% = 53.0\%$ เมื่อเทียบกับ Baseline (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ (B) และค่าโอกาสที่จะเกิด (Exp(B): Odds) สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ($n = 175$)

สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ^(a)	ปัจจัย	B	Wald-test	p-value	Exp(B): Odds	95% CI
ระดับปานกลาง	Intercept	-6.050	8.725	.003		
	การมีประสบการณ์ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ^(b)					
	- มีประสบการณ์	-.293	.179	.672	.746	.192 - 2.897
	การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	.181	.710	.399	1.198	.787 - 1.825
	การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	.446	4.204	.040*	1.562	1.020 - 2.393
	การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	.285	2.673	.102	1.330	.945 - 2.897
ระดับสูง	Intercept	-12.058	24.458	<.001		
	การมีประสบการณ์ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ^(b)					
	- มีประสบการณ์	.619	.469	.493	1.858	.316 - 10.926
	การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	.365	2.492	.114	1.441	.916 - 2.268
	การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	.605	6.598	.010*	1.832	1.154 - 2.906
	การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	.426	4.846	.028*	1.530	1.048 - 2.235

a: The reference category is: สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุต่ำ; b: กลุ่มไม่มีประสบการณ์ เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference); *P-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.3) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่ามีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง⁽²⁾ ในขณะที่การศึกษาสมรรถนะของ

อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว พบว่าอยู่ในระดับมาก⁽⁹⁾ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากบริบทของชุมชนที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีลูกหลานคอยช่วยเหลือดูแล ทำให้ อสม. อาจจะได้เข้าไปมีบทบาทในการดูแลยังไม่มากนัก ซึ่งมีการศึกษา

พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยมากกว่ากลุ่มที่อาศัยคนเดียวเพียงลำพัง⁽¹⁷⁾ และพบว่า อสม.ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า หากอสม.ผู้ผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปแล้ว เหล่านี้ ได้มีประสบการณ์ในการนำความรู้ที่ได้ไปดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตนเอง หรือครอบครัวที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบ ก็จะทำให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน

ความรู้ด้านสุขภาพ คือ การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคลที่เป็นการใช้ทักษะ ทางด้านการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ⁽⁴⁾ ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญเนื่องจากบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี มีความเข้าใจในการรักษาสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้องและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ไม่ตรง ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น⁽¹⁸⁾ ผลการวิจัยนี้พบว่า การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของ อสม.มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ⁽²⁾ และมีการศึกษาพบว่าหากมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะเป็นพื้นฐานของการจัดการและป้องกันโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จ⁽⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾

ปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร คือ อสม.ขาดทักษะการสื่อสารที่จะทำให้ประชาชนเข้าใจและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การป้องกันโรค ไม่สามารถโน้มน้าวให้ประชาชนเกิดความตระหนักจนเกิดการปฏิบัติในการจัดการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้⁽¹⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ⁽²⁰⁾ การป้องกันโรคเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ ตลอดจนมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน⁽²¹⁾ ซึ่งปัจจัยที่ค้นพบนี้ สอดคล้องกับการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารเพื่อพัฒนาสุขภาพกับการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ โดยใช้กลวิธีการให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์ทางสุขภาพ เพื่อโน้มน้าวชักจูงประชาชน ทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ตระหนักและเกิดทักษะ เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ⁽¹⁹⁾ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โดยเฉพาะด้านการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. อาทิเช่น การสร้างให้ อสม. มีทักษะในการโน้มน้าวหรือการทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพกับประชาชนทำให้ลดความเข้าใจด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ หาก อสม. เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีไปจนถึงระดับที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง พร้อมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอยู่เสมอตามสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบัน จะช่วยให้ อสม.มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีสมรรถนะในการดูแลบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในยุคสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น ควรให้การส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. โดยนำปัจจัยดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถของ อสม. ให้เกิดประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพประชาชนให้ตรงประเด็นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. เพื่อให้มีผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปี 2567 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และขอขอบคุณ คณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.นาตาวงษ์ ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ ขอบคุณ อสม. ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Office of the national economic and social development council (TH). Report of the population projections for Thailand 2010 - 2040. Bangkok: Amarin corporations public company limited; 2019. (in Thai).
- Suwannakoot N, Nakrukamphonphatn S, Natason A, Lamduan W. Factors predicting to caring competency of older people among village health volunteers in Ubon Ratchathani Province. J Sci Tech UBU 2021;23(2):18-26. (in Thai)
- Chuprasert T, Chanmanee P. A study of health literacy and health behaviour of village health volunteers (VHV) in the health zone that 11 [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 11]. Available from: http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2019-09-03-1-18-2840654.pdf. (in Thai)
- Ministry of Public Health (TH). Health literacy assessment. Health Education Division, Department of Health Services and Support, Ministry of Health Thailand [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 10]. Available from: <http://www.hed.go.th/menuHome/file/320>. (in Thai)
- Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald MJ. Priorities for action: recommendations from an international roundtable on health literacy and chronic disease management. Health Promot Int 2017;32(1):743-54.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Skilled for life? Key findings from the survey of adult skills [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 2]. Available from: http://skills.oecd.org/documents/skillsoutlook_2013_KeyFindings.pdf.
- NHS Education Scotland, Psychology and Physical Health Team. Psychological Interventions in Physical Health Care: The need and the Economic Case [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 11]. Available from: https://www.nes.scot.nhs.uk/media/3967641/psychological_interventions_in_physical_health_care_the_need_and_the_economic_case.pdf.
- Thianjuruwatthana W, Nawsuwan K, Vachirapapun S. Guidelines for development of quality village health volunteers (VHVs) to support the health workforce for the future health system. JHS 2021;30(2):353-66. (in Thai)

9. Ploysuwan C, Pechsombut R, Luangon D, Ruamsook T. Factors affecting the caring competency of older people among village health volunteers in the eastern region: a case study of Wang Sombun District, Sa Kaeo Province. RDHSJ 2023;16(3):15-29. (in Thai)
10. Khuhamanee U, Rodjarkpai Y, Maharachpong N. Health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention. JDMS 2020;45(1):137-43. (in Thai)
11. National Environmental Health Information System (NEHIS) (TH). Thailand demographic information dashboard. Ministry of Public Health Thailand [Internet]. 2024 [cited 2024 April 12]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2023&cw=30>
12. Nong Ngu Lueam Subdistrict Administrative Organization, Nakhon Ratchasima, Thailand. General condition and basic information [Internet]. 2024 [cited 2024 April 11]. Available from: <https://nongngulueam.go.th/history.php>
13. Hanklang S, Pramoonsinsup K, Patcharagaetanon N, Sivasan S, Srisen T. Health Literacy and Long-term Care Needs among Thai Elderly in Rural Communities. J Med Assoc Thai 2020;103(12):1315-24.
14. Hunthong D, Ngerwilai T, Sinsomboonthong S. Efficiency comparison in replace missing value using regression imputation, multiple imputation and expectation maximization for classification in data mining. Thai Journal of Science and Technology 2020;9(5):575-88. (in Thai)
15. Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research: Conduct, critique and utilization. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1993.
16. Vanichbuncha K. Multivariate data analysis. 3rd ed. Bangkok: Faculty of Commerce and Accountancy Chulalongkorn University; 2008. (in Thai)
17. Sampao S, Suebsamrñ P, Boonsang A, Limpiteepakarn P. Factors related to preparation of the working-age population to support the aging society in Buached District, Surin Province. Journal of Medical and Public Health Region 4 2024;14(1):137-48. (in Thai)
18. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. Patient Educ Couns 2016; 99:1079-86.
19. Wongnim B. Development of health communication competencies of village health volunteers through the participatory process of Thawung District health network. SHJ 2022;31(2):54-67. (in Thai)
20. Yaowakul D, Abdullakasim P, Maharachpong N. Health literacy on coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region 6 health provider. RDHSJ 2022;15(1):257-72. (in Thai)
21. Vonok L, Lekham W, Wawngam W, Suwannaphant K, Singweratham N. The association between health literacy and quality of life in elderly people, Suwannaphum District, Roi Et Province. JVU 2022;35(2):51-66. (in Thai)