



ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6

อภิชาติ สบายใจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6



อภิชาติ สบายใจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

HEALTH LITERACY AND ELDERLY HEALTH CARE PRACTICE OF VILLAGE
HEALTH VOLUNTEERS IN HEALTH REGION 6



APICHAT SABAIJAI

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อภิชาติ สบายใจ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ดร.สุนิศา แสงจันทร์)

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจนไพศาลกิจ)

..... กรรมการ
(ดร.สุนิศา แสงจันทร์)

..... กรรมการ
(ดร.วัลลภ ใจดี)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิหวัศ แจ่มเอี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64920749: สาขาวิชา: -; ส.ม. (-)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อภิชาติ สบายใจ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. (HEALTH LITERACY AND ELDERLY HEALTH CARE PRACTICE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN HEALTH REGION 6) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุนิศา แสงจันทร์, D.Tech.Sc ปี พ.ศ. 2567.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.99 อายุเฉลี่ย 54.3 ปี ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ร้อยละ 69.55 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี ร้อยละ 95.8 การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมในระดับดีมากและระดับดี ร้อยละ 71.65 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ($B = 1.225, p\text{-value} < 0.01$) ด้านการสื่อสาร ($B = 1.129, p\text{-value} < 0.01$) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ($B = -2.451, p\text{-value} < 0.01$) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 23.4 ดังนั้นควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านจัดการตนเอง และการสื่อสารที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งสามารถใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่นๆได้เองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่น

64920749: MAJOR: -; M.P.H. (-)

KEYWORDS: ELDERLY HEALTH CARE PRACTICE/ HEALTH LITERACY/ VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

APICHAT SABAJAI : HEALTH LITERACY AND ELDERLY HEALTH CARE PRACTICE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN HEALTH REGION 6 . ADVISORY COMMITTEE: SUNISA SANGJUN, D.Tech.Sc 2024.

This study investigated how personal factors and health literacy in elderly care influence the health care practices of Village Health Volunteers in Health Region 6. Sample group consisted of 381 people. Data were collected using a self-developed questionnaire. The study employed descriptive statistics and multiple regression analysis. The study's findings revealed that the majority of the participants were female, constituting 83.99% of the sample, with an average age of 54.3 years. The ability to use technology, including applications and other programs via smartphones or computers, to search for health information (with assistance or guidance from others) was reported at a rate of 69.55%. Village Health Volunteers exhibited high levels of overall health literacy, with 95.8% reported at very good and good levels. Regarding the elderly health care practices of Village Health Volunteers, the study found that 71.65% of them demonstrated very good and good levels of overall elderly health care practices. Personal factors and health literacy components in elderly health care that impacted the practices of Village Health Volunteers include health literacy factors such as self-management ($B = 1.225$, p -value <0.01) and communication ($B = 1.129$, p -value <0.01). Additionally, personal factors, such as the ability to use technology to use applications or other programs via smartphones or computers to search for health information (with assistance or guidance from others) ($B = -2.451$, p -value <0.01), were identified. These factors, in combination, explained 23.4% of the variance in Village Health Volunteers' elderly healthcare practices. Enhancing Village Health Volunteers' skills in self-management, communication, and independent technology use is crucial for improving elderly care and health outcomes in the community.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.สุนิศา แสงจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง แก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.เอมอชมา วัฒนบูรานนท์ และดร.วัลลภ ใจดี ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ การใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ และเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.เอมอชมา วัฒนบูรานนท์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา นายชาติชาย สุวรรณนิทย์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน) รองผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และนายยุทธพงษ์ ขวัญชื่น นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รองผู้อำนวยการกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้อย่างถี่ถ้วน รวมทั้งให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว และจันทบุรี สาธารณสุขอำเภอและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว และอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี และผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เสียสละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ ทู่นสนับสนุนการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ครอบครัว เพื่อน พี่น้อง ที่เป็นกำลังใจทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแต่บิดามารดา คุณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในครั้งนี้อย่างดียิ่ง

อภิชาติ สบายใจ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ.....	11
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	25
องค์ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	46
กำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล	57
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	63
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	71
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	75
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	84
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก.....	92
ภาคผนวก ก	93
ภาคผนวก ข	95
ภาคผนวก ค	100
ภาคผนวก ง.....	109
ภาคผนวก จ	121
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	126



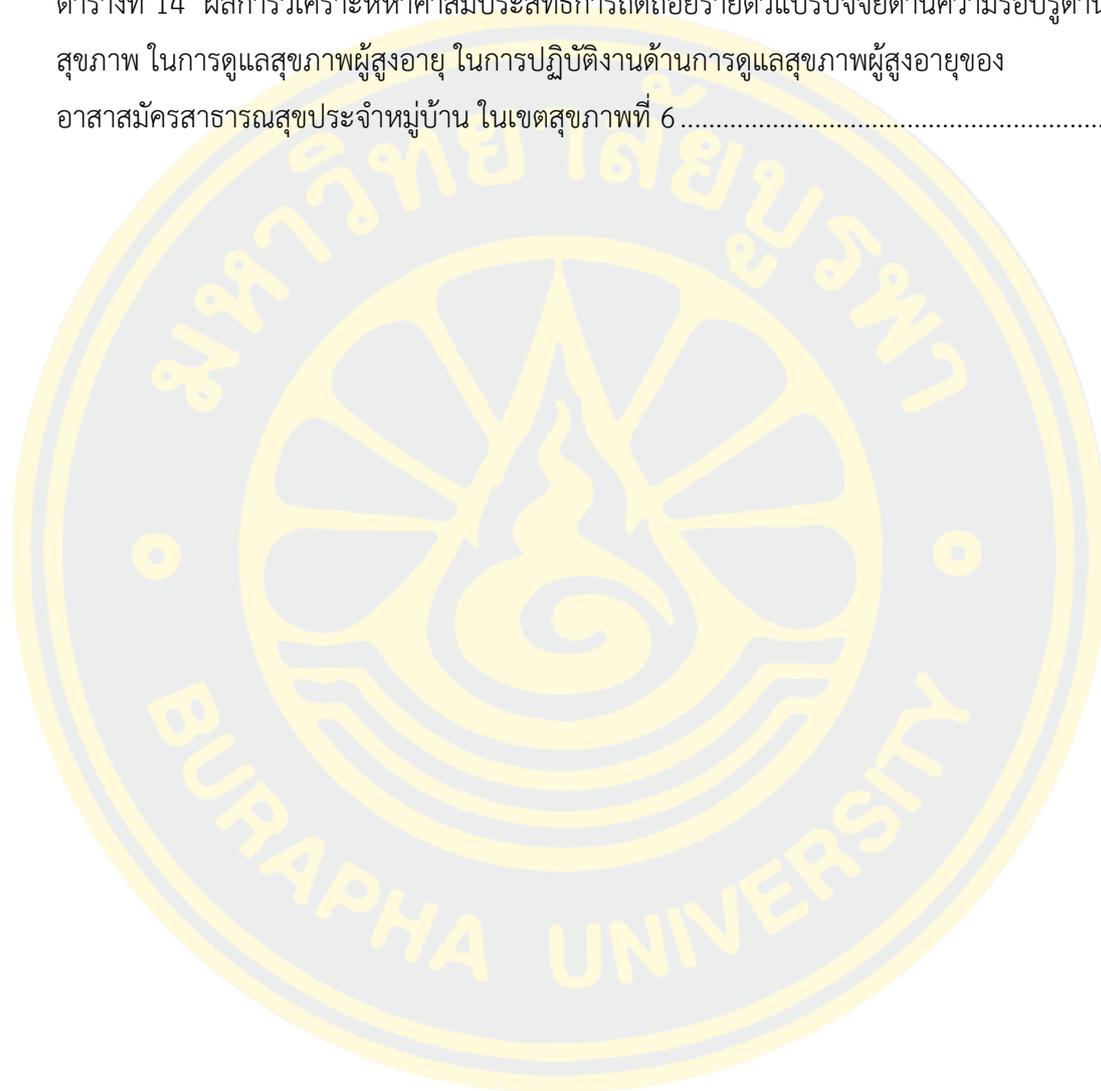
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	57
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	63
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรู้ความเข้าใจ รายข้อ	64
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการเข้าถึงข้อมูล รายข้อ	65
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสาร รายข้อ	66
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการจัดการตนเอง รายข้อ	67
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ รายข้อ	68
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจ รายข้อ	69
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	71
ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายข้อ	72
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ รู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	76

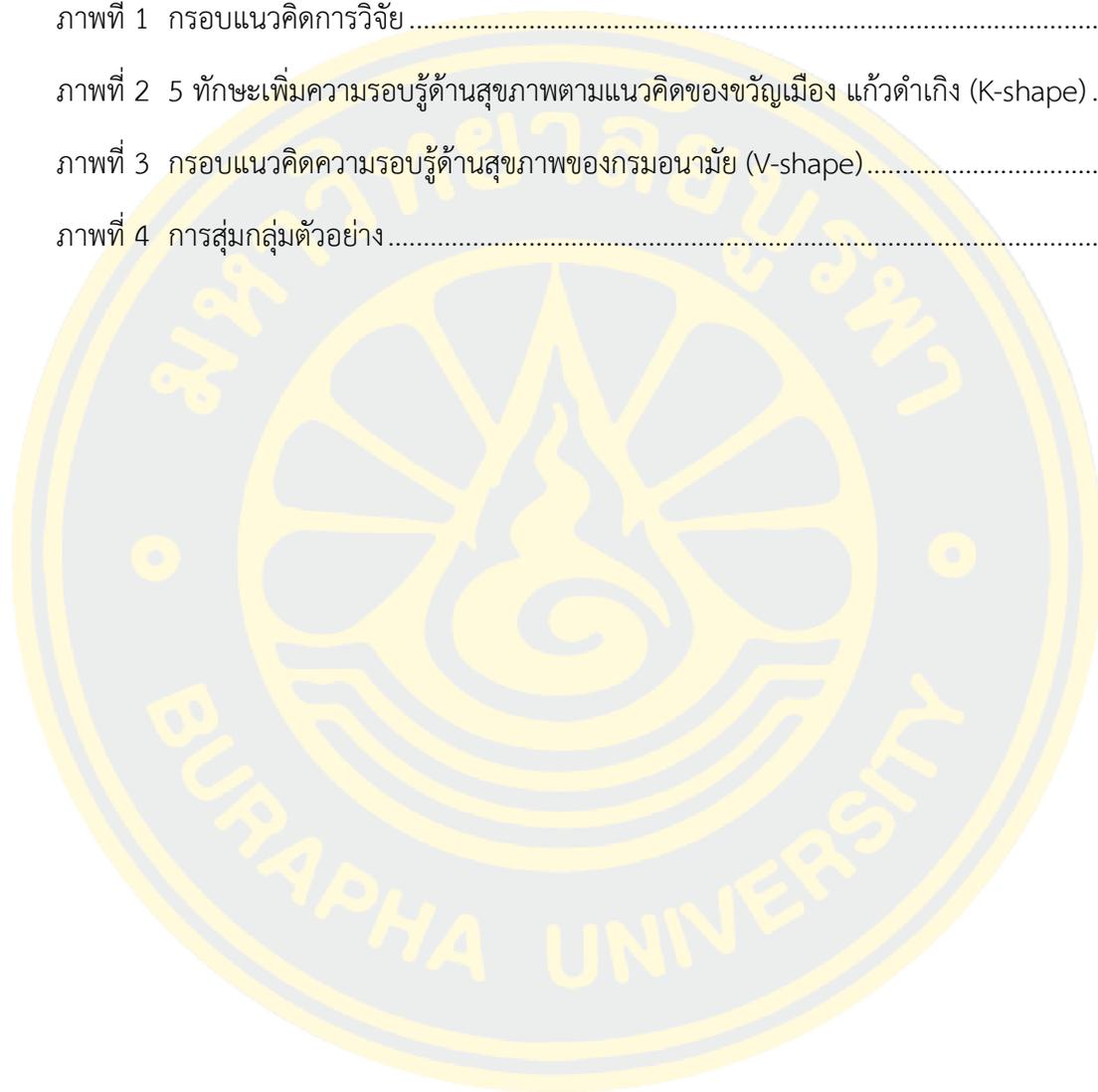
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคล ในการ
 ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน
 เขตสุขภาพที่ 6..... 122

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปรปัจจัยด้านความรู้ด้าน
 สุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6..... 125



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของขวัญเมือง แก้วดำเกิง (K-shape)	15
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย (V-shape)	16
ภาพที่ 4 การสุมกลุ่มตัวอย่าง	49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว พบว่าในปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) กล่าวคือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในอีก 9 ปีข้างหน้าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) กล่าวคือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ และจากผลการสำรวจพบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มดัชนีการสูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2537–2560 เพิ่มขึ้นสูงเกือบ 6 เท่าตัว โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.6 ดัชนีการสูงอายุมีค่าเท่ากับ 120.5 นั่นคือ มีประชากรวัยสูงอายุ 120.5 คนต่อประชากรวัยเด็ก 100 คน และมีค่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับ 30.5 นั่นคือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 31 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) โดยในเขตสุขภาพที่ 6 นับว่าเป็นพื้นที่ที่มีบทบาทสำคัญทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นแหล่งอุตสาหกรรม ผลไม้ และแหล่งอัญมณีของประเทศมีพื้นที่ครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ซึ่งมีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 15.95 โดยพบว่ามีค่าดัชนีการสูงอายุของเขตสุขภาพที่ 6 ในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 98.1 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของเขตสุขภาพที่ 6 เท่ากับ 24 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) จากแนวโน้ม และสถานการณ์จะเห็นได้ว่าในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งเป็นพื้นที่สำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศ มีแนวโน้มและทิศทางที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านประชากรในระดับประเทศ กล่าวคือ มีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่าย และองค์กรที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินงานตามบทบาทของแต่ละภาคส่วน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในมิติด้านสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยในปัจจุบันมีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Family Care Giver: FCG) เพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสุขภาพของผู้สูงอายุ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ

ด้านสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้ เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จะต้องมีความรู้และทักษะในด้านต่าง ๆ อย่างเข้าใจเพื่อนำไปปรับใช้ในการ
การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, 2564)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นับเป็นบุคลากรสำคัญที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อน
สุขภาพภาคประชาชน กล่าวคือ เป็นหนึ่งในนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยที่ต้องการ
มุ่งเน้น ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยได้มีการปฏิบัติหน้าที่กระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน
และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วย
เรื้อรัง ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ด้วยบทบาทหน้าที่ที่ท้าทายนี้อันได้แก่ การเป็นผู้นำการ
ขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) และการเป็นผู้นำด้านการ
เปลี่ยนแปลง (Change Agent) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตลอดจนการสื่อสารด้านสาธารณสุข
ระหว่างหน่วยงานรัฐบาลและประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) จากการคัดกรอง
สุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าด้านการได้ยินมีความเสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 9.41
รองลงมาคือ ด้านสุขภาพช่องปากมีความเสี่ยงร้อยละ 9.09 ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายมีความเสี่ยง
ร้อยละ 8.45 ด้านความคิดความจำมีความเสี่ยงร้อยละ 8.29 ด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตายมีความเสี่ยงร้อยละ 5.26 ด้านการขาดสารอาหารมีความเสี่ยงร้อยละ 4.78 ด้านการมองเห็นมี
ความเสี่ยงร้อยละ 4.15 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) มีความ
เสี่ยงร้อยละ 3.51 และด้านการกลั้นปัสสาวะมีความเสี่ยงร้อยละ 2.71 (กรมอนามัย, 2565) ซึ่งถ้าหาก
ไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต ปัจจุบัน
กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ที่มุ่งเน้นการดูแล
ประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และ
ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพของครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ประกอบไปด้วย หมอคนที่ 1
หมอประจำบ้าน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน คัดกรอง ให้
คำแนะนำการส่งเสริมป้องกันโรค ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข
หมายถึง บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุน
ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 กับหมอคนที่ 3 ในการคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วย และหมอคนที่ 3
หมอครอบครัว หมายถึง แพทย์ในโรงพยาบาล ผู้รักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการ
รักษาพิเศษ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติงานตามนโยบายและเป็นการรองรับการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตให้มีสุขภาพดี

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
(Health literacy) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของบุคคล

ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และเป็นแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกในปี ค.ศ. 1998 โดยได้มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถสะท้อนและอธิบายความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพอีกทั้งเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลากหลาย มิติที่เป็นองค์ประกอบ ไม่ใช่แค่เพียงการรู้หนังสือเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงความรู้ความเข้าใจข้อมูล ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจและจัดการตนเอง รวมถึงการบอกต่อคนอื่น ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) นอกจากนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2017) ทั้งนี้ นอกจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของบุคคลให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยแล้วยังรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุให้สามารถดำรงสุขภาพที่ดีไว้ได้อย่างต่อเนื่อง และปรับความเป็นอยู่ได้อย่างสมดุลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งถือว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญเครื่องมือหนึ่งในการวางแผนพัฒนาและดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนในยุคปัจจุบัน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาที่ศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน เช่น การศึกษาของณิชารัตน์ นฤมลต์ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาของอุไรรัตน์ คูหะมณี และคณะ (2563) พบว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง การศึกษาของวีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2563) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาของเอกราช มีแก้ว และคณะ (2565) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยปัจจัยข้างต้นสามารถร่วม

ทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ได้ถึงร้อยละ 40.90 และการศึกษาของ Taguchi et al. (2016) พบว่าอาสาสมัครที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ต่อครอบครัว และเผยแพร่สู่ชุมชน จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานตามบทบาทในด้านต่าง ๆ แต่พบว่ายังขาดการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานตามนโยบาย และเป็นการรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตให้มีสุขภาพดี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมปฏิบัติหน้าที่อยู่ตลอดเวลา

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพชุมชน โดยควรที่จะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนากระบวนการดำเนินงานหรือแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และอายุยืนยาวยิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นอย่างไร
2. ระดับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

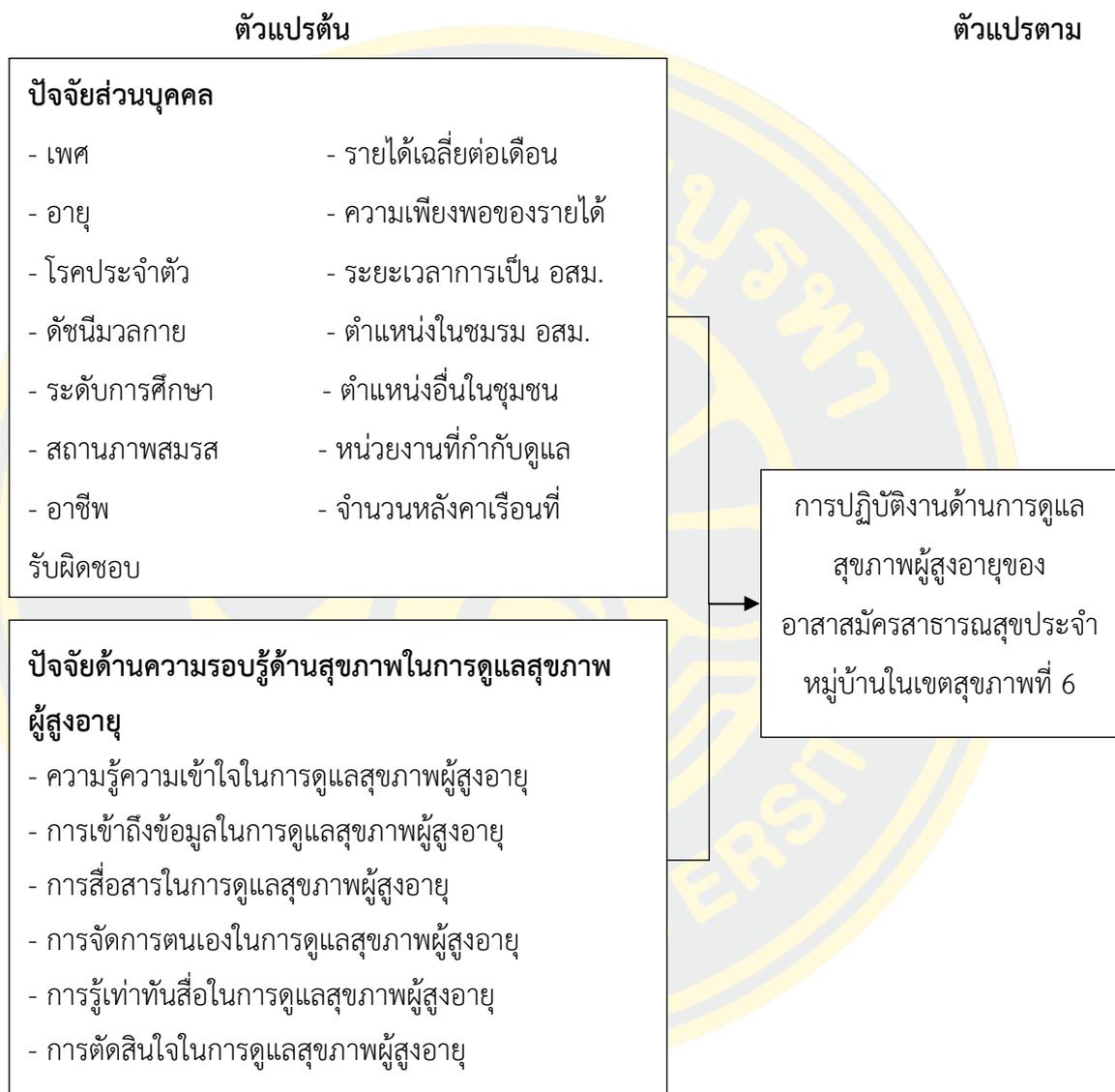
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ตำแหน่งในชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำแหน่งอื่นในชุมชน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เขตที่อยู่อาศัย หน่วยงานที่กำกับดูแล และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6
2. ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การสื่อสารในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาศาสนาธรรมรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 มีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบระดับด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6
2. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานในการบริหารจัดการ กำหนดและวางแผนการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 โดยเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสารในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพร้อมในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ
4. เป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic Cross-Sectional Research) โดยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากร สถานที่ ตัวแปร และระยะเวลา ตามขอบเขต ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 และปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 และขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 5,201 คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2565)
2. ขอบเขตด้านสถานที่ ศึกษาเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดสมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด
3. ขอบเขตด้านตัวแปร
 - 3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. ตำแหน่งในชมรม อสม. ตำแหน่งอื่นในชุมชน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เขตที่อยู่อาศัย หน่วยงานที่กำกับดูแล และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี

3.1.2 ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การสื่อสารในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.2 ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเวลา เดือน กรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพศ หมายถึง เพศชายหรือเพศหญิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อายุ หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ติดตัวอยู่เป็นประจำ รักษาไม่หายขาด หรือต้องเข้ายาเป็นประจำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ดัชนีมวลกาย หมายถึง ตัวชี้วัดมาตรฐานแสดงสภาวะความสมดุลของร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยคำนวณจาก น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ส่วนสูง (เมตร)² และแบ่งกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิง ประกอบด้วย โสด หม้ายหย่า แยกกันอยู่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาชีพ หมายถึง การทำงานหลักที่ก่อให้เกิดรายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง รายได้จากประกอบอาชีพหลัก หรือค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ได้รับเป็นประจำทุก ๆ เดือน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง รายได้ที่ได้รับเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะเวลาการเป็น อสม. หมายถึง ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนับตั้งแต่วันที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

ตำแหน่งในชมรม อสม. หมายถึง ตำแหน่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำรงตำแหน่งในชมรม ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เภรัญญิก เลขานุการ และสมาชิก

ตำแหน่งอื่นในชุมชน หมายถึง ตำแหน่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำรงตำแหน่งในชุมชน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล/ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล/อบต. และประชาชนทั่วไป

จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ หมายถึง จำนวนหลังคาเรือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานรับผิดชอบดูแล

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล

หน่วยงานที่กำกับดูแล หมายถึง หน่วยงานที่กำกับดูแลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี หมายถึง ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. และแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น โดยใช้สมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ สืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1. ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 เรื่อง ได้แก่ การดูแลการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การดูแลโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และการดูแลการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. การเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

3. การสื่อสารในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถและทักษะในด้านการถ่ายทอดข่าวสาร ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้บุคคลอื่นรับรู้และเข้าใจได้

4. การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถและทักษะในด้านการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

5. การรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถและทักษะในด้านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และเลือกรับสื่อที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ และประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคมได้

6. การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถและทักษะในด้านการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้าน คัดกรอง ให้คำแนะนำ ในเรื่องการป้องกันการพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุ เรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรม หลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี แนวคิด และเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้กำหนดเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. องค์ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับ Health Literacy ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ.1974 และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การใช้คำเรียก “Health Literacy” ในบริบทประเทศไทย ปัจจุบันยังไม่มีการบัญญัติคำนี้ขึ้นใช้อย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตาม มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แปลความหมายและกำหนดคำเรียกไว้เรียงตามลำดับตามช่วงเวลา ดังนี้

ความแตกฉานด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2541) ซึ่งแปลได้จากนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1998)

การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยแผนงานสื่อสารสร้างสุขภาวะของเยาวชนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2550) ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

ความฉลาดทางสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health Literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ความฉลาดทางสุขภาวะ กำหนดขึ้นโดยโครงการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาวะในกลุ่มนักเรียน ของมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2553)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (2560)

จะเห็นได้ว่ามีการใช้คำเรียก “Health Literacy” ในหลาย ๆ คำเรียกที่แตกต่างกัน การศึกษาในครั้งนี้จึงขอใช้คำเรียก “Health Literacy” ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นล่าสุด คือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งได้มีการเผยแพร่และมีการรับรู้ในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องมาระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

1. ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ได้ให้คำนิยาม “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.” และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) ได้แปลความหมายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ”

ตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมานี้ หน่วยงาน และนักวิชาการทั่วโลกได้ให้คำจำกัดความ คำว่า Health Literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้มากมายในบทความวิชาการ แตกต่างกันอย่างบ้างตามบริบทภูมิภาคและพื้นที่การดำเนินงาน วัฒนธรรม และสังคม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ (American Medical Association, 1999)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การรู้หนังสือ ความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุง หรือ ปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต (Sorensen et al., 2012)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพ ส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2554)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพ (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อ่างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่ การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพที่ดี เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจ ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (วชิระ เฟิงจันทร์, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้ และความสามารถของบุคคลในการ กลั่นกรองประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความสามารถและ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูล วิเคราะห์และประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

2. องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ มีผู้พัฒนาและเผยแพร่ เพื่อเป็นแนวทางในการ นำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย บริบท และวัฒนธรรมของแต่ละแห่ง

Nutbeam (2000) ได้จำแนกองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (อ่างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561)

1. ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ได้แก่ความสามารถ ในการอ่าน และเขียน เพื่อให้เข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ
2. ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ Interactive Health Literacy) ได้แก่ ความสามารถในการใช้การสื่อสาร การรู้เท่าทันของปัญหา และทักษะทางสังคม เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
3. ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ได้แก่ ความสามารถในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้ตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในการส่งเสริม สุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

Nutbeam (2008) ได้จำแนกองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (ยูวดี รอดจากภัย, 2561)

1. การเข้าถึงข้อมูล
2. ความรู้ความเข้าใจ
3. ทักษะการสื่อสาร
4. การจัดการตนเอง
5. การรู้เท่าทันสื่อ
6. ทักษะการตัดสินใจ

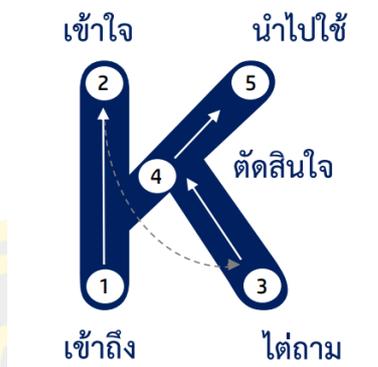
Sorensen et al. (2012) ได้จำแนกองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

1. การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
2. การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
3. การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรอง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ

4. การประยุกต์ใช้ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2562) ได้จำแนกองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 5 ด้าน ที่เรียกว่า K-shape ดังนี้

1. เข้าถึง หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลที่เข้าถึงได้ว่ามีความน่าเชื่อถืออย่างไร ก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ
2. เข้าใจ หมายถึง ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ สะท้อนได้จากระดับจดจำ ระดับความเข้าใจ หรือระดับความยากในการจดจำและทำความเข้าใจ
3. ใต้ถาม หมายถึง ความสามารถและทักษะการใช้คำถาม และการสื่อสารเจรจา
4. การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถและทักษะการตัดสินใจ
5. นำไปใช้ หมายถึง ความสามารถและทักษะการเตือนตนเอง ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง เพื่อนำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 2-5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของขวัญเมือง แก้วดำเกิง (K-shape) ที่มา: ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2562)

กรมอนามัย (2561) ได้จำแนกองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 มิติ ที่เรียกว่า V-shape ดังนี้

1. การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลใด ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ
2. ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการอธิบายระบุเปรียบเทียบ หรือแปลความหมายเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์พิจารณาข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปใช้อภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้
3. การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน หมายถึง ความสามารถในการตั้งคำถาม โต้ตอบ อภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้
4. การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มาใช้เป็นทางเลือกที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง
5. การเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึงความสามารถในการประยุกต์การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง
6. การบอกต่อ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารข้อมูลหรือประสบการณ์ จากการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบอกต่อผ่านสังคมออนไลน์ (Social media)



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย (V-shape)
ที่มา: กรมอนามัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2561)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2559) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
2. การเข้าถึงข้อมูล (Access skill) หมายถึง ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
3. การสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสาร และโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
4. การจัดการตนเอง (Self management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม
6. การตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหรือเลือกรูปแบบการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

จะเห็นได้ว่ามีนักวิชาการ และหน่วยงานต่าง ๆ จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามบริบทและช่วงเวลาต่าง ๆ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอทำความเข้าใจ และองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับแนวทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีการถ่ายทอด เผยแพร่และสร้างการรับรู้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นองค์ความรู้พื้นฐาน และพัฒนาต่อยอดในปฏิบัติงานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554)

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขต

กรุงเทพมหานคร

3. อาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า

Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV”

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน ไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ อนามัย (Chang agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมกรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยา และเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือบุคคลผู้ผ่านการคัดเลือกจากชุมชนและได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีหน้าที่ที่สำคัญในฐานะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Chang agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมกรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือรักษาพยาบาลขั้นต้น

2. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554)

2.1 คุณสมบัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ว่าด้วยคุณสมบัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

2.1.1 อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์

2.1.2 มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่าหกเดือน

2.1.3 มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้

2.1.4 สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข

2.1.5 ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง

2.1.6 มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

2.1.7 มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง

2.1.8 มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 การคัดเลือกบุคคลที่อาจได้รับคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องดำเนินการดังนี้

2.2.1 ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละท้องที่ในสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยหนึ่งคนต่อหนึ่งหลังคาเรือนไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือน

2.2.2 ให้หมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกบุคคลผู้มีคุณสมบัติตามข้อ 17 และแสดงเจตนาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยความเห็นชอบของหัวหน้าตัวเรือนหรือผู้แทน

จำนวนไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่บุคคลตามข้อ 17 นั้นมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่าหกเดือน

2.2.3 ให้สถานบริการสุขภาพที่รับผิดชอบชุมชนนั้นเสนอรายชื่อบุคคลตาม 2.2.2 ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี เพื่อเข้ารับการฝึกอบรม ทั้งนี้หากบุคคลที่ได้รับคัดเลือกเคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก่อน และเว้นการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดต่อกันเกินห้าปี บุคคลนั้นต้องเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดการให้ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คณะกรรมการกลางกำหนด ณ สถาบันฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และออกใบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้ผ่านการฝึกอบรมตามข้อ 20 และผ่านการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตร รวมถึงดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามประกาศที่รัฐมนตรีกำหนด

ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี เพื่อยกระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ดำเนินการออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 การสิ้นสุดสภาพ

2.3.1 ตาย

2.3.2 ลาออก

2.3.3 เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

2.3.4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย

กรุงเทพมหานครมีคำสั่งให้พ้นสภาพ

ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามหลังคาเรือนร่วมกันลงลายมือชื่อร้องเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแล

ครัวเรือนของตน ให้ยื่นหนังสือร้องเรียนนั้นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณีส่งหนังสือร้องเรียนตามวรรคหนึ่งให้คณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป

ทั้งนี้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร อาจมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบข้อเท็จจริงของคณะกรรมการระดับจังหวัดอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 กล่าวถึงหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่ามีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554)

- 3.1 ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
 - 3.2 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการณรงค์และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน
 - 3.3 ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือ
- บทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ
- 3.4 จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น
 - 3.5 เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ
 - 3.6 ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
 - 3.7 ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่น

ร้องขอ

3.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.9 ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

4. สิทธิประโยชน์

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 กล่าวถึงสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะได้รับ ดังนี้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554)

4.1 มีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยให้เบิกจ่ายจากเงินรายได้ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น ๆ

4.2 มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบกรมบัญชีกลาง

4.3 มีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสิทธิได้รับประกาศเกียรติคุณตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้

4.3.1 ได้รับประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น

4.3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งกองทุนต่าง ๆ ที่นับเป็นสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นจะได้อำหนด

5. จรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยต้องรักษาจรรยาบรรณ ดังต่อไปนี้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554)

5.1 ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อุตุน เต็มใจ เชื้อมั้น ศรัทธา เสียสละ ซื่อสัตย์ สุจริต ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด

5.2 ไม่เรียกร้องหรือแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนโดยอาศัยตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่

5.3 ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และเมตตาธรรมในการดำเนินงานและรักษาความ

สามัคคีในหมู่คณะ

5.4 ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ระเบียบกำหนดโดยเคารพกฎหมายและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

5.5 พุทธิกรรมสุภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

6. อสม.หมอประจำบ้าน

อสม.หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม.หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ 2565 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565)

6.1 คุณสมบัติผู้เข้ารับการฝึกอบรม

เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้าน/ชุมชน ให้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ 2565 ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6.2 หลักการ

เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้และทักษะในด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่สามารถนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน และดำเนินการตามบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน (หมอคนที่ 1) สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6.3 จุดหมาย

6.3.1 เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน

6.3.2 เพื่อทำหน้าที่พี่เลี้ยง อสค. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในครอบครัว

6.3.3 เพื่อให้ประชาชนในชุมชน และครอบครัวเป้าหมาย มีการจัดการสุขภาพนำไปสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

6.4 ปรัชญาของหลักสูตร

หลักสูตร สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ 2565 เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้และทักษะในด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่สามารถนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน และดำเนินการตามบทบาท อสม.

หมอประจำบ้าน (หมอคนที่ 1) สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6.5 มาตรฐานสมรรถนะ

6.5.1 สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ในการปฏิบัติงาน

6.5.2 สามารถเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6.5.3 สามารถทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลสุขภาพ

1) สร้างและพัฒนา อสม. ให้เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว
2) ส่งเสริม สนับสนุน อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 607 ให้มีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี

3) คัดกรอง ดูแล และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น เช่น โรคโควิด 19 โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

6.5.4 สามารถปฏิบัติหน้าที่หมอคนที่ 1 และร่วมขับเคลื่อนให้คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน

6.6 โครงสร้างของหลักสูตร

เนื้อหาหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 กำหนดวิธีการอบรม 2 ส่วน ดังนี้

6.6.1 อบรมตามหลักสูตร จำนวน 7 วิชา รวม 18 ชั่วโมง ดังนี้

1) วิชา อสม. หมอประจำบ้าน

2 ชั่วโมง

2) วิชาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สมาร์ท อสม. เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน (3 ชั่วโมง)

3) วิชาการดูแลสุขภาพตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (4 ชั่วโมง)

- การดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (2 ชั่วโมง)

- การตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น (1 ชั่วโมง)

- สมุนไพรและภูมิปัญญาไทยเพื่อสุขภาพ (1 ชั่วโมง)

4) วิชาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (3 ชั่วโมง)

5) วิชาการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน (2 ชั่วโมง)

- วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

- การใช้ ATK ในการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วยตนเอง

- มาตรการการป้องกันการติดเชื้อแบบ ครอบจักรวาล

6) วิชาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง (2 ชั่วโมง)

7) วิชา การสร้างและพัฒนา อสค. ในการดูแลสุขภาพครอบครัวและผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (2 ชั่วโมง)

- กระบวนการสร้างและพัฒนา อสค.

- บทบาท อสค. ในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

6.6.2 อบรมฟื้นฟู เพื่อทบทวนความรู้ และเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน

ประจำเดือน

6.7 วิธีการจัดการจัดกระบวนการเรียนรู้

การจัดการกระบวนการเรียนรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ 2565 เป็นการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยสามารถปรับปรุงแบบการอบรมตามความเหมาะสม ทั้งระบบทางไกลและในชั้นเรียน

7. บทบาท อสม.หมอประจำบ้าน ตามนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน

กระทรวงสาธารณสุข มีแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้เข้มแข็ง มีคุณภาพทั่วถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย ทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต จากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ ให้คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน ซึ่งบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงาน มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่น ๆ ปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย

หมอบคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแลให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ

กล่าวคือ การอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 มีวิชาที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องฝึกอบรมและต้องผ่านการฝึกอบรม จำนวน 7 วิชา แต่จะเห็นได้ว่าวิชาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยเรื่องการดูแลผู้สูงอายุใน 4 เรื่องหลัก คือ การดูแลการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การดูแลเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ นั้นมีระยะเวลาในการฝึกอบรมค่อนข้างมาก แสดงให้เห็นว่าการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามหลักสูตรข้างต้นนั้นให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีศักยภาพที่พร้อมปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรองส่งเสริม ป้องกันโรค ติดตามและดูแลเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยและระดับเขตสุขภาพที่ 6 ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคต ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในฐานะผู้ดูแลและบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนที่ต้องเข้ามา มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และด้วยบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรองติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ตามนโยบายคนไทยทุกคนครบถ้วนมีหมอบประจำตัว 3 คน ที่เน้นดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญ และสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2546) กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการ กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564) กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly Person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยาม

“ผู้สูงอายุ”ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย”

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ให้ความหมายคำว่าชราไว้ว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจและความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโสแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้สูงอายุ ทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ (ปิยภรณ์ เลหาบุตร, 2557)

ผู้สูงอายุสำหรับสังคมไทยจะหมายถึงคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ของกฎหมาย ปลอดภัยวัยชราข้าราชการและตามกฎหมายอื่น ๆ รวมทั้งจารีตประเพณีบางอย่าง แต่โดยสรุปแล้วผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอย และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (ศาสน์ สุขประเสริฐและคณะ, 2558)

ผู้สูงอายุ หรือวัยชรา ในแต่ละสังคม หรือแต่ละประเทศให้ความหมายแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุโดยเฉลี่ยของการทำงานหรือสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ถืออายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียถืออายุ 67 ปี เป็นต้น แต่กระนั้น อาจไม่ใช่เป็นเครื่องบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งว่าบุคคลใดจะเป็นคนชราภาพ หรือผู้สูงอายุ (สุปรีญา นุ่นเกลี้ยง และคณะ, 2562)

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุเอาไว้มาก แต่มีความหมายใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย โดยอิงตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 และเป็นมาตรฐานสากลตามองค์การสหประชาชาติ

2. การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

Craig (1991) และ Hoffman and others (1988) (อ้างถึงใน ศาสน์ สุขประเสริฐและคณะ, 2558) ได้แบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1. วัยสูงอายุตอนต้น (The Young Old) ช่วงอายุ 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การเสียชีวิตของญาติสนิทหรือคู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียบทบาททางสังคม โดยทั่ว ๆ ไป ช่วงนี้บุคคลยังคงแข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้างอย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงจะรู้จักปรับตัว ช่วงนี้เป็นช่วงที่ยังมีสมรรถภาพด้านต่าง ๆ มากการปรับตัวควรใช้แบบ Engagement คือยังร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมทั้งในและนอกครอบครัว

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (The Middle Age Old) ช่วงอายุ 70 - 79 ปี เป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ใกล้เคียงกันเริ่มเสียชีวิตมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ซึ่งเป็นการปรับตัวแบบ Disengagement คือ การเลิกเกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม

3. วัยสูงอายุมาก (The Old Old) ช่วงอายุ 80 - 89 ปี ผู้ที่มีอายุช่วงนี้จะปรับตัว เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับคนอายุช่วงนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น แต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่าง ๆ ตามวัย (Both Privacy and Stimulating) ผู้สูงวัยระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา

4. วัยสูงอายุมาก ๆ (The Very Old Old) ช่วงอายุ 90 - 99 ปีผู้มีระดับอายุนี้ มีจำนวนค่อนข้างน้อย เป็นระยะที่มักมีปัญหาด้านสุขภาพมาก ผู้ที่อายุอยู่ในระดับนี้ ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องแข่งขันควรทำกิจกรรมที่ตนพอใจและอยากทำ ผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ได้ผ่านวิกฤติต่าง ๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมายช่วงนี้จะเป็นคาบแห่งความสุขสงบ พอใจในตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น 3 ช่วง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (อายุ 60 - 69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังในการช่วยเหลือตนเอง
2. กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) เริ่มเข้าสู่วัยเสื่อม คือเริ่มมีอาการเจ็บป่วยร่างกายเริ่มอ่อนแอ และมีโรคประจำตัวหรือเรื้อรัง
3. กลุ่มผู้สูงอายุระดับสูง (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เข้าสู่วัยเสื่อม เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพและอาจมีทุพพลภาพ

4. การแบ่งประเภทผู้สูงอายุในสังคมไทยยังมีได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ทั้งนี้พบเกณฑ์การแบ่งประเภทจากความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 4.1 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสามารถอยู่ได้ตามลำพัง
- 4.2 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง
- 4.3 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

ในการแบ่งผู้สูงอายุมีผู้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไปตามช่วงอายุ นอกจากจะมีการแบ่งกลุ่มอายุตามช่วงอายุแล้วยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งในแต่ละกลุ่มของผู้สูงอายุก็จะมีเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันไปทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ดังนี้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2557)

2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ผิวหนัง บาง แห้ง เทียว ย่น มีอาการคัน มีจำเลือด เซลล์สร้างสีผิวทำงานลดลง สีผิวจางลงแต่อาจมีจุดต่างขาว สีดำ หรือสีน้ำตาลมากขึ้น เกิดเป็นการตกกระ

ต่อมเหงื่อ ลดน้อยลง การขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของอากาศไม่ได้เกิดความรู้สึกหนาว ร้อน ไม่คงที่

ผมและขน ร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาวย หรือหงอก ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายหลุดง่าย ที่เห็นชัดคือ ขนรักแร้ทั้งนี้เนื่องมาจากรุกรุมขนทำงานน้อย

ตา สายตาสายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตายาว เลนส์หรือกระจกตาขุ่นเกิดต่อกระจกกล้ำเนื้อตาเสื่อม การปรับสายตาสายตา ความไวในการมองภาพลดลง ทำให้ปวดเวียนศีรษะได้ง่าย มีน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

หู ประสาทรับเสียงเสื่อมไปเกิดหูตึง แต่ได้ยินเสียงต่ำ ๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดาหรือในระดับเสียงสูง

จมูก ประสาทรับกลิ่นบกพร่องไป ทำให้การรับรู้กลิ่นลดลง

ลิ้น รับรู้รสน้อยลง รับรสหวานสูญเสียก่อนรับรสอื่น ๆ

ฟัน ผุ หักแตกง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอฟันร่นลงไป

ต่อมน้ำลาย ขับน้ำลายออกน้อย ทำให้ปากแห้ง

การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร น้อยลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารลดน้อยลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นทำให้ท้องอืดง่าย เบื่ออาหารด้วยภาวะขาดอาหาร และโลหิตจางได้

ตับและตับอ่อน หน้าที่การทำงานเสื่อมไป อาจเกิดโรคเบาหวาน

การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ลดลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ

ท้องผูกเสมอ ประกอบกับไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

กระดูก ปริมาณแคลเซียมลดน้อยลง ทำให้กระดูกบาง เปราะ พรุน หักง่าย มีอาการ

เจ็บปวดกระดูกบ่อย

ข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง เกิดเจ็บปวด ข้อยึดติดเคลื่อนไหวลำบาก พบน้อยคือข้อเข่า ข้อสะโพก

กล้ามเนื้อ เทียว เล็ก อ่อนกำลังลง ทำให้ทำงานออกแรงมากไม่ได้เพื่อย ล้าเร็ว และทรงตัวไม่ดี

ปอด ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเป็นเหตุให้การขยายและยุบตัวไม่ดีทำให้เหนื่อยง่าย

หัวใจ แรงบีบตัวน้อยลงทำให้การหดตัวลดลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง และกล้ามเนื้อหัวใจไวต่อสิ่งเร้าลดลง

หลอดเลือด ผนังของหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้นเพราะมีไขมันมาเกาะ เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง

การขับถ่ายปัสสาวะ ไต มีหน้าที่เสื่อมไป ขับของเสียได้น้อยลง แต่ขับน้ำออกมา มาก จึงถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางวัน

กระเพาะปัสสาวะ กล้ามเนื้อ หูรูด ที่ควบคุมการถ่ายปัสสาวะหย่อนไป ทำให้กลั้น ปัสสาวะได้ไม่ดีในผู้สูงอายุชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยครั้ง

ระบบประสาทและสมอง เสื่อมไปตามธรรมชาติทำให้ความรู้สึกรู้ช้า ความจำถดถอย ความจำเรื่องราวในอดีตดี ความจำปัจจุบันไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า

ต่อมไร้ท่อ ผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง จึงทำให้หน้าที่ของฮอร์โมนเหล่านั้นลดลง ไปด้วย

ต่อมเพศ ทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่

การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเองจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ ยากเพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว

การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า

ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าเรื่องของผู้อื่น

การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการก้ำกับผู้อื่น พึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง **ยอมรับสภาพของการเข้าสู่วัยสูงอายุ** จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติตาม คำสอนในศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว ฯลฯ

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2.3.1 ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างไปจาก สังคม

2.3.2 คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถน้อยลง จึง ไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ให้ความรับผิดชอบ

2.3.3 จากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว จะกลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ตามใน ครอบครัว

สรุปคือสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากขึ้นตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุ

องค์ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2564) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม ของตนเองในการทำงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานขั้นพื้นฐานทั่ว ๆ ไป ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การดูแลทำความสะอาดร่างกายการดูแลด้านจิตใจ ไปจนถึงการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย รวมถึงจรรยาบรรณของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และสถาบันเทคโนโลยีพระเจ้าเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และกรมวิชาการต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาคู่มือการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับเป็นคู่มือสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเรียนรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหา ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

1. การดูแลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.1 การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

1.1.1 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม

1.1.2 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การใช้อุปกรณ์กันล้ม

1.1.3 การปรับบ้าน ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเพื่อ “กันล้ม”

1.1.4 การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านเพื่อสร้างสมดุลของร่างกาย ตลอดจน

ข้อแนะนำ สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายหรือผู้ที่เริ่มออกกำลังกาย

1.2 การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

1.2.1 ช่องปากและฟันที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2.2 การทำความสะอาดในช่องปาก

1.2.3 การใช้ไหมขัดฟัน การดูแลฟันปลอม

1.2.4 การบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก และต่อมน้ำลาย

1.3 โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

1.3.1 การดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ

1.3.2 ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

1.3.3 การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1.3.4 กินอย่างไร ห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases:

NCDs)

1.4 การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.4.1 การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

1.4.2 ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

1.4.3 10 สัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อม

1.4.4 การกระตุ้นสมรรถภาพสมอง

2. ความรู้ด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ควรปรับความคิดและจิตใจของตนเองให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยดูแลเสมือนหนึ่งเป็น พ่อ แม่ หรือญาติผู้ใหญ่ของตนเอง และควรศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเรื่องบทบาทหน้าที่ ของตนเองในการดูแล มีความเป็นจิตอาสา จิตสาธารณะ การรักษา ข้อมูลของผู้สูงอายุเป็นความลับ เป็นต้น

2.2 เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความ อ่อนโยน ทะนุถนอม คิดถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นหลัก คอยพูดคุยสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพ ความเป็นอยู่ ความ ไม่สบายใจ และคอยให้กำลังใจและให้เกียรติผู้สูงอายุเสมอ เพื่อสร้างความไว้วางใจ สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง โดยการชวนพูดคุยในเรื่องสนุกสนาน

2.3 หมั่นสังเกตการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริเวณข้อต่อต่าง ๆ โดยวิธีการทำ กายภาพบำบัด กายบริหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ หรือการหา กิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ หรือที่มีความถนัด เช่น งานฝีมือต่าง ๆ การฟังเพลง การสวดมนต์ เป็นต้น

2.4 คอยพูดให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง โดยการให้ช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดชวนทำกิจกรรมที่อิงกับหลักธรรมคำสอนของศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การตักบาตร เป็นต้น

3. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 4 ด้าน

3.1 การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

3.1.1 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ปัจจัยภายในร่างกายของผู้สูงวัย ได้แก่

1.1) อายุที่เพิ่มขึ้น

1.2) เพศหญิง (การศึกษาพบว่า ผู้สูงวัยเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย)

1.3) ประวัติเคยหกล้มมาก่อนในอดีต

1.4) โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานที่เป็นเรื้อรังหรือควบคุมน้ำตาลไม่ดี

จนส่งผลกระทบต่อสายตาและเส้นประสาทส่วนปลาย โรคทางระบบกระดูกและข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหรือความผิดปกติบริเวณข้อเท้าและเท้า โรคทางระบบประสาทและสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อมปัญหาสายตาเลือนลาง ปัญหาการได้ยินลดลง ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะ

ความดันโลหิตต่ำอาการเวียนศีรษะหรือใจสั่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็ว ภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ ความกลัวต่อการหกล้ม

2) สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่

2.1) การรับประทานยา ได้แก่ ยาที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการรับประทานยาในกลุ่มดังกล่าวหลายตัว เพิ่งมีการปรับเปลี่ยนขนาดยา หรือรับประทานในขนาดที่สูงต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่นาน

2.2) รองเท้าที่ไม่เหมาะสม

2.3) อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือไม้เท้าที่ไม่เหมาะสม

2.4) สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ไม่เหมาะสม

3.1.2 ป้องกันอย่างไร ให้ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ ด้วยการใส่ใจผู้สูงวัย ออกกำลังกาย ประเมินความเสี่ยง และจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว เช่น การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน ไทชิ ออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น

2) หลีกเลี่ยงการไต่บันไดโดยไม่จำเป็น และควรรู้ผลข้างเคียงของยาที่ใช้

3) เลือกสวมใส่เสื้อผ้า/รองเท้าที่มีขนาดพอดี ใช้รองเท้าหุ้มส้น มีดอกยาง ไม่ลื่น

4) ควรเปลี่ยนท่าช้า ๆ ขณะลุก นั่ง หรือยืน

5) ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในกรณีมีความบกพร่องในการเดินหรือทรงตัว

6) ปรับบ้านให้เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

7) ถ้าหกล้มต้องแจ้งญาติหรือผู้ดูแลให้ทราบทุกครั้ง

8) ญาติหรือผู้ดูแลไม่ควรให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว

3.1.3 การออกกำลังกาย

เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้สูงอายุจะมีกำลังกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเดินและการทรงตัวลดลง ผู้สูงอายุ ควรออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน การออกกำลังกาย โดยใช้แรงต้าน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อสร้างความยืดหยุ่น' ป้องกันข้อยึดติด ลดการบาดเจ็บ รวมถึงฝึกการทรงตัวที่ช่วยให้ระบบการทรงตัวของร่างกายและ กล้ามเนื้อตอบสนองได้อย่างทันที่

3.2 การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

3.2.1 ช่องปากและฟันที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ช่องปากและฟันที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ช่องปากและฟันที่เปลี่ยนไป เกิดจากเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากโรคในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ เหงือกอักเสบ ที่มักเกิดจากการทำความสะอาดช่องปากไม่ถูกต้องแล้ว ยังมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารเครื่องดื่มที่มีรสหวานบ่อย ๆ ทั้งนี้ ความเสื่อมของอวัยวะในช่องปากก็เป็นอีกภาวะหนึ่งที่มีผู้สูงอายุอาจพบเจอเช่น ฟันสึก เหงือกอักเสบ ร่น กล้ามเนื้อรอบปากอ่อนแอ และน้ำลายน้อย ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร ยิ้ม และพูด อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

1) 3 วิธีสูฟันดี

1.1) ทำความสะอาดอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ

1.2) ไม่เคี้ยวอาหารแข็ง กรอบ เหนียว อาหารที่มีรสหวาน ซึ่งอาจมีผลเสียต่อฟัน

1.3) พบหมอฟันอย่างน้อยทุก 6 เดือน

2) การทำความสะอาดในช่องปาก

2.1) อวัยวะในช่องปากที่ต้องทำความสะอาด ได้แก่ ฟัน เหงือก ลิ้นและ

กระพุ้งแก้ม

2.2) อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดช่องปาก

3) แปรงสีฟัน: ด้ามจับถนัดมือ ไม่ลื่น หัวแปรงขนาดพอเหมาะกับช่องปาก ขน

แปรงอ่อนนุ่ม ไม่แข็งจนเกินไป

4) ยาสีฟัน: มีฟลูออไรด์ผสม เพื่อป้องกันฟันผุ หรือแบบผสมสมุนไพร เพื่อลด

กลิ่นปากและความสดชื่น แปรงซอกฟัน ไหมขัดฟัน: ใช้ทำความสะอาดบริเวณที่เป็นซอกฟัน

3.2.2 วิธีทำความสะอาด

1) แปรงด้วยแปรงขนนุ่ม และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

ครั้งละ 4 นาที และงดทานอาหารหลังแปรงฟันอย่างน้อย 60 นาที

2) ทำความสะอาดลิ้น ด้วยการกวาดออกเบา ๆ

3) ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน ทำความสะอาดซอกฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

4) หลังแปรงฟันบ้วนยาสีฟันออกโดยไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หากรู้สึกไม่ชินให้จิบน้ำ

บ้วนแทน วิธีนี้เรียกว่า “แปรงแห้ง” ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ

ฟลูออไรด์ ที่เป็นผลมาจากการ “แปรงแห้ง” แนะนำให้แปรงฟันด้วยวิธีปกติ (บ้วนน้ำหลังแปรงฟัน)

เพื่อทำความสะอาดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ที่ติดบนตัวฟันออกก่อน แล้วจึงแปรงแห้งซ้ำอีกครั้ง

ทั้งนี้ ควรเลี่ยงยาสีฟันที่มีส่วนผสมของ Sodium Lauryl Sulfate (non - SLS) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิด

ฟอง เพื่อช่วยลดความเสี่ยง การสำลักฟองขณะแปรงฟันในผู้สูงอายุ ยกเว้นน้ำเปล่า

5) ก่อนเข้านอน ทำความสะอาดช่องปากแล้ว ไม่ควรรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่ม “เน้นให้ขนแปรงสัมผัสบริเวณคอฟัน ขยับไปมาเบา ๆ แล้วปิดขึ้น ลง” “บริเวณที่มีซอกฟันที่กว้างใช้แปรงซอกฟันขนาดที่เหมาะสม คือ รู้สึกถึงความฝืดเล็กน้อยเวลา สอดเครื่องมือเข้าบริเวณซอกฟัน ถูเข้า ออกเบา ๆ ”

3.2.3 การดูแลฟันปลอม หากใส่ฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกก่อน แปรงฟันในช่องปาก แล้วทำความสะอาดฟันปลอม

- 1) เตรียมอะไรบ้าง: ชันน้ำ แปรงสีฟันขนนุ่ม น้ำสบู่/น้ำยาล้างจาน
- 2) ทำความสะอาดอย่างไร: ใช้แปรงสีฟันขนนุ่มแปรงให้ทั่วทุกด้าน และใช้ภาชนะใส่น้ำรองข้างใต้
- 3) เก็บอย่างไร: ถอดฟันทดแทน แช่น้ำไว้ในภาชนะที่ปิดฝา เพื่อป้องกันฟันทดแทนแห้งและเสียรูป
- 4) หลังกินอาหาร ถอดฟันปลอม บ้วนปากทุกครั้ง
- 5) ล้างฟันปลอมโดยใช้แปรงสีฟันขนนุ่มกับสบู่แปรงฟันปลอมให้ทั่วทุกด้าน แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด
- 6) ควรหาภาชนะรองใส่น้ำเพื่อป้องกันตกแตกขณะทำความสะอาด
- 7) ก่อนนอน ล้างฟันปลอม แช่น้ำสะอาดในภาชนะปิด “ถอดฟันปลอมล้างบ้วนปากให้สะอาดหลังกินอาหารทุกครั้ง ไม่ใส่ฟันปลอมนอน ให้ถอดทำความสะอาด แล้วแช่น้ำ”

3.2.4 การบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก และต่อมน้ำลาย

เมื่ออายุมากขึ้น กล้ามเนื้อช่องปากมักทำงานได้ลดลง ทำให้เคี้ยวและกลืนได้ไม่ถนัด เนื่องจากอาการปากแห้ง น้ำลายน้อย เราจึงควรบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก และเพื่อให้ยังคงเคลื่อนไหวได้ดี รวมถึงกระตุ้นการไหลของน้ำลาย

3.3 โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

3.3.1 การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

1) ดูแลน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ค่าปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5 - 22.9 กก./ม.²) เพื่อสุขภาพดีห่างไกลโรค

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ส่วนสูง (เมตร)²

การประเมินดัชนีมวลกาย สำหรับผู้สูงอายุที่หลังโกง ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มักจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายให้วัดความยาวของช่วงแขน (arm span) แทนความสูง (การวัดความยาวช่วงแขน วัดจาก ปลายนิ้วกลางของมือข้างหนึ่งถึงปลายนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่ง โดยให้ผู้ถูกวัดกางแขนทั้งสองข้าง ขนานกับไหล่ และเหยียดแขนให้ตรง โดยใช้หลังพิงฝา) ใช้หน่วยเป็นเมตร และคำนวณเป็นส่วนสูง โดยใช้สูตร ดังนี้

ความสูงสำหรับผู้ชาย = $44.31 + 0.72$ (ความยาวของช่วงแขน)

ความสูงสำหรับผู้หญิง = $49.01 + 0.69$ (ความยาวของช่วงแขน)

หรืออาจใช้ความสูงจากเท้าถึงเข่า (Knee height) ใช้หน่วยเป็นเมตรและคำนวณเป็นส่วนสูง โดยใช้สูตร ดังนี้

ความสูงสำหรับผู้ชาย = $80.31 + 1.73$ (ส่วนสูงจากเท้าถึงเข่า)

ความสูงสำหรับผู้หญิง = $87.49 + 1.50$ (ส่วนสูงจากเท้าถึงเข่า)

2) ดูแลเส้นรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ค่าปกติ (ไม่เกินส่วนสูงหารสอง)

วัดรอบเอว = รอบเอว (ซม.) < ส่วนสูง (ซม.) / 2

วิธีการวัดรอบเอว

- อยู่ในท่ายืน
- ใช้สายวัดวัดรอบเอว โดยวัดผ่านสะดือ
- วัดในช่วงหายใจออก (ท้องแฟบ) โดยให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น

และ ให้ระดับสายวัดที่รอบ เอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น

3) อ่านฉลากโภชนาการ ฉลากหวาน มัน เค็ม และสังเกตสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier choice)

3.3.2 ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี สำหรับผู้สูงอายุ ตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ

บัญญัติ 9 ประการ

- 1) กินอาหารให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการ และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว และรอบเอว
- 2) กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย สลับกับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ
- 3) กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ
- 4) กินผักให้มาก กินผลไม้เป็นประจำและหลากหลายสี หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด
- 5) ดื่มนมรสจืด และกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่น ๆ
- 6) หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ให้ใช้เครื่องปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีน
- 7) กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
- 8) ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม
- 9) งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3.3.3 หลักการจัดบริการอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการ: สิ่งที่ต้องพิจารณาในการเลือกอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

- 1) สภาพของร่างกายและโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

- 2) แบ่งมื้ออาหารออกเป็นหลายมื้อ การจัดอาหารว่างในระหว่างวัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารอย่างเพียงพอมากขึ้น
- 3) เลือกอาหารให้มีความหลากหลายชนิดและสี ในสัดส่วนและปริมาณที่พอเหมาะตาม ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้สูงอายุ
- 4) ลักษณะอาหารควรมีความอ่อนนุ่ม เคี้ยวกลืนได้ง่าย เช่น การนำผัก เนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้ง หั่นให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ และต้มหรือตุ๋นให้เปื่อย เพื่อให้สะดวกต่อการเคี้ยวและกิน
- 5) รสชาติของอาหารไม่รสจัดมาก อาจใช้เครื่องเทศ สมุนไพร ช่วยเพิ่มกลิ่นและรสชาติ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
- 6) คำนึงถึงสีของอาหาร ในสำรับพยายามตกแต่งอาหารให้มีสีสันน่ากิน
- 7) เน้นอาหารที่ปรุงสุกใหม่ หรืออุ่นอาหารให้ร้อนก่อนเสิร์ฟ
- 8) เลือกอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เลือกซื้ออาหารตามฤดูกาล เพื่อให้ได้อาหารคุณภาพที่ดี และควรมีขั้นตอนการเตรียมอาหารที่ถูกสุขลักษณะ

3.3.4 การจัดการบริการอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการ

- 1) สังเกตปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละมื้อ ในกรณีที่กินได้น้อย หรือผู้สูงอายุมีภาวะ เบื่ออาหาร ควรแบ่งมื้ออาหารเป็นมื้อย่อย ๆ (5-7 มื้อต่อวัน) เพื่อเพิ่มโอกาสในการกิน ให้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย
- 2) การเตรียมอาหาร ควรบดหรือสับให้ละเอียด ให้อาหารมีความอ่อนนุ่ม ควรจัดอาหาร ที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เป็นต้น
- 3) วิธีการปรุงประกอบอาหาร แนะนำวิธีการต้ม ตุ่น นึ่ง เป็นหลัก
- 4) ควรจัดผักให้ผู้สูงอายุกินทุกวัน เพื่อลดปัญหาท้องผูก เลือกผักหลากหลายสี ผักพื้นบ้าน
- 5) ควรจัดผลไม้ให้ผู้สูงอายุกินทุกวัน ตามฤดูกาล เช่น ส้ม มะละกอ ชมพู เลียง ผลไม้ รสหวานจัด น้ำผลไม้ และผลไม้แปรรูปอื่น ๆ ที่มีปริมาณน้ำตาลสูง
- 6) ควรตกแต่งอาหารให้มีสีสันน่ากิน เพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหารของผู้สูงอายุ อาจใช้สมุนไพร ในการเพิ่มรสชาติและกลิ่นหอม เช่น กระเทียม ตะไคร้ ขิง พริกไทย เป็นต้น
- 7) ควรมีการปรุงอาหารสุกใหม่หรืออุ่นอาหารให้ร้อนก่อนเสิร์ฟเสมอ จะทำให้อาหารน่ากิน และมีรสชาติดีกว่าอาหารที่เย็นชืด
- 8) ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ที่การรักษามีความสัมพันธ์กับการกินอาหาร ต้องจัดอาหาร เฉพาะโรคตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล/นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ

9) ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้รับอาหารทางสายให้อาหาร ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะและสามารถเตรียมอาหารตามปริมาณพลังงานที่แพทย์กำหนดให้และถูกวิธีตามหลักการเตรียมอาหารทางสาย

3.4 การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมคืออะไรภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมของการทำงานของสมองไปจากเดิม ส่งผลทำให้ผู้ป่วย “มีปัญหา สมาธิจดจ่อมีปัญหาความจำและการเรียนรู้ มีปัญหาการใช้ภาษา มีปัญหาการรับรู้ต่อมิติสัมพันธ์ เช่น การรับรู้ทิศทาง การวางตำแหน่งสิ่งของ มีปัญหาการบริหารจัดการ วางแผน ตัดสินใจ มีปัญหา การรับรู้สังคมรอบตัว การควบคุมพฤติกรรม” ซึ่งมักมีอาการเกิดขึ้นหลาย ๆ อาการร่วมกัน โดยความ ผิดปกติที่กล่าวมานั้นผู้ป่วยเองมักไม่รู้ตัว อาการดังกล่าวจะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นรุนแรงมาก จนกระทั่งผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงานและความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน สมองเสื่อมไม่ใช่เป็นภาวะที่เป็นทุกคนในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นโรคที่เกิดขึ้น ในบางคนเท่านั้น แต่เจอได้บ่อยในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุทั่วไป อาจจะมีการลืมได้บ้าง แต่ยังสามารถนึกได้ว่าลืมอะไร ความคิดอาจช้าลงต้องพยายามคิดว่าเอาไปวางไว้ที่ไหน แต่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะจำไม่ได้เลยว่า ตนเองลืมอะไรหรือหยิบจับอะไรมา จำการทำกิจกรรมนั้น ๆ ไม่ได้เลยหรือกินข้าวแล้ว ก็บอกว่ายังไม่ได้อิน เป็นต้น

โรคอัลไซเมอร์ เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม และเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด มีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมความคิด ความทรงจำ และการใช้ภาษา อาการของโรคจะเริ่มต้นจากการหลงลืมที่ไม่รุนแรง และเพิ่มขึ้นจนมีอาการแย่งเรื่อย ๆ ถึงขั้นไม่สามารถพูดโต้ตอบหรือตอบสนองต่อสิ่งรอบข้างได้ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก

3.4.1 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

- 1) กลุ่มที่เกิดจากปัญหาความเสื่อมของสมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์
- 2) กลุ่มที่เกิดปัญหาจากโรคหรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ความสามารถของสมองบกพร่องลง เช่น สมองเสื่อมจากปัญหาของหลอดเลือดสมอง จากการบาดเจ็บหรือได้รับการกระทบกระเทือนทางศีรษะจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการทำงานของสมอง

โรคร่วมในภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ฉะนั้นการดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างไกลจากโรคดังกล่าวที่จะส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

3.4.2 10 สัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อม

อาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อม มักจะมองเห็นได้ยากไม่ชัดเจนและ มักจะมีลักษณะอาการค่อยเป็นค่อยไปจนไม่สามารถมองเห็นได้ในทันที ฉะนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งอาสาสมัครในชุมชนที่ลงไป เยี่ยมบ้าน อาจสามารถสังเกตได้จากอาการดังต่อไปนี้

- 1) หลงลืมบ่อยกว่าเคย: จำเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้
- 2) รู้สึกยากลำบากในการทำงานที่ทำอยู่ประจำ: รู้สึกว่าสิ่งที่เคยทำเป็นเรื่องยาก เช่น ลืมขั้นตอนทำอาหารที่ทำบ่อย ๆ
- 3) ติดขัดในการใช้ภาษา: สื่อสารกับผู้อื่นยากขึ้น พูดจาติดขัด ลืมคำศัพท์ง่าย ๆ
- 4) สับสนในการลำดับเหตุการณ์: รวมทั้งหลงวันเวลา สับสนเรื่องสถานที่
- 5) ตัดสินใจช้าหรือผิดพลาด: แก้ปัญหาไม่ได้โดยเฉพาะเรื่องยาก ๆ หรือสถานการณ์ที่ต้องใช้ความคิด
- 6) สมาธิสั้นวอกแวกง่าย: ไม่สามารถจดจ่อกับเรื่องอะไรนาน ๆ ได้
- 7) วางของผิดที่ผิดทาง: และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องที่ผิด เช่น เอาโทรศัพท์ไปใส่ตู้เย็น
- 8) บุคลิกภาพเปลี่ยนไป: บุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางตรงข้าม หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เคยเป็นมาก่อน
- 9) มีปัญหาเกี่ยวกับการมองภาพเป็นมิติ การกะระยะ (มิติสัมพันธ์): ingsกับป้ายสัญญาณที่เห็น อยู่ประจำทำความเข้าใจภาพได้ยาก อ่านแผนที่ไม่เป็น ไม่สามารถบอกทางผู้อื่นได้ ไม่เห็นภาพสำเร็จ ที่ตนเองกำลังลงมือทำ
- 10) แยกตัวจากสังคม: นั่งหรือนอนทั้งวัน ไม่อยากเจอผู้คน เก็บตัว

3.4.3 การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

- 1) การรับประทานอาหาร เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และหลากหลาย ให้เหมาะสมกับร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน
- 2) การออกกำลังกายและสมอง เช่น การออกกำลังกายและเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างสม่ำเสมอและเป็นประจำ การออกกำลังกายสมองที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ฟึกรูปใจความสำคัญของข่าววิทยุที่ได้รับฟัง หรือการฝึกสมองซ้ายขวา รวมทั้งฝึกสมาธิ สติ อย่างสม่ำเสมอ
- 3) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะการบาดเจ็บรุนแรงจนสลบ
- 4) การคัดกรองและตรวจสุขภาพเป็นประจำ ประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานไขมันผิดปกติ ต้องประเมินและติดตามเป็นระยะ เพราะโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
- 5) การเข้าสังคม เช่น การพูดคุยกับครอบครัว เพื่อนบ้าน ไม่เก็บตัวอยู่โดดเดี่ยว การเข้ากลุ่มสังสรรค์ตามที่สนใจ เช่น ชมรมสูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือเป็นอาสาสมัคร จิตอาสาให้กับสังคม

3.4.4 การกระตุ้นสมรรถภาพสมอง

1) กิจกรรมหรือโปรแกรมกระตุ้นสมองเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม จะเน้น การกระตุ้นสมองส่วนที่บกพร่อง ต้องทำกิจกรรมต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ ทั้งแบบกลุ่มและเป็นรายบุคคล รูปแบบกิจกรรมจะต้องเชื่อมโยงและสามารถนำทักษะไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

2) การกระตุ้นสมองและรูปแบบกิจกรรม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว อาสาสมัครในชุมชน สามารถ นำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และอาสาสมัครในชุมชนเองก็มีบทบาท ในการช่วยประเมินและติดตามการทำกิจกรรมกระตุ้นสมองในชุมชน ให้เกิดการทำการกิจกรรมสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง จะช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

4. บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- 4.1 ให้การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย
- 4.2 ให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 4.3 ให้การประคับประคอง การดูแลผู้สูงอายุให้มีการอยู่รอดปลอดภัยยาวนานขึ้น การประคับประคองทางด้านร่างกาย และจิตใจ
- 4.4 ให้การสนับสนุน ส่งเสริม ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ให้คำชมเชย ยกย่อง
- 4.5 เป็นผู้ประสานงาน สื่อสาร สร้างความเข้าใจ เชื่อมโยงระหว่างบุตรหลาน ญาติมิตร กับผู้สูงอายุ

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จะนำองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 4 ด้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามคู่มือการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การดูแลเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยพบว่าได้มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

สหทยา ถึงรัตน์ (2556) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า ภาพรวมมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างมาก รองลงมาคือด้านควบคุมและป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการฟื้นฟูสภาพ ตามลำดับ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษา สถานภาพ และรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และพื้นที่รับผิดชอบต่างกัน มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ไม่แตกต่างกัน

อัญชลี จันทรินทรการ (2557) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าความฉลาดทางสุขภาพความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูงพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ณิชรัตน์ นฤมลต์ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.69, SD = 0.56$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22, SD = 0.45$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านอาหารและด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับน้อย และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ และการตัดสินใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176, 0.211, 0.349, 0.243$ และ $0.188, p\text{-value} < 0.05$)

ภมร ดรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อ

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพได้ถึงร้อยละ 27.3

สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุใน อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ เท่ากับ 40.91 คะแนน และร้อยละ 50.30 ของผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าอายุ อาชีพ (การใช้แรงงานและผู้ที่อยู่บ้านไม่มีอาชีพ) ผู้ที่มีสถานภาพในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการกลุ่มชมรม และประชาชนทั่วไป มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประไพพิศ สิงหเสน และคณะ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในตำบลหนองตรุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 โดยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารีย์ แร่ทอง (2562) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับพอใช้ คือมีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 62.84 มีความรอบรู้ในระดับไม่ดี คือมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน ร้อยละ 30.6 และระดับดีมาก คือมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยังยืนจนเชี่ยวชาญ ร้อยละ 6.56 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับพอใช้ คือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณเพียงพอ ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี คือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้อง ร้อยละ 30.1 และระดับดีมาก คือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณมากเพียงพอต่อ

สุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ร้อยละ 3.3 และปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุไรรัตน์ คุณะมณี และคณะ (2563) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับพอใช้ โดยพบว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนอยู่ในระดับสูง และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทกานต์ วลัยเสถียร และเบญจมาศ อุรินทร์ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในแกนนำชุมชน อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าแกนนำชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 72.30 โดยแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ (2563) ได้ศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.3 อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.8

และอยู่ในระดับดีร้อยละ 13.0 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา โดยพบว่าอายุมีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนการศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิชัย ศิริวรรณชัย (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน พบว่าการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านและตำแหน่งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยด้านความรู้และแรงจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 21.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิเชียร มุลจิตร (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่าระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับปานกลาง ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ธิชาภรณ์ กำนันตน และโชติ บดีรัฐ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่าผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต่างกันส่งผลต่อความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ไม่แตกต่างกัน

นิชนันท์ สุวรรณกฎ และคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

พบว่า การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าจำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 31.23

ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ (2565) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และในด้านความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน การได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำชมเชยบทบาทในการให้ความรู้ และบทบาทในการเฝ้าระวังโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกราช มีแก้ว และคณะ (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฮอดยวด จังหวัดจันทบุรี พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับดีมาก ร้อยละ 85.12 และ ร้อยละ 80.24 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และแรงเสริมจากบุคคลอื่น ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ รวมถึงปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย โดยปัจจัยข้างต้นสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ได้ถึงร้อยละ 40.90

Taguchi et al. (2016) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับระดับการเข้าถึงกิจกรรมในอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประเทศญี่ปุ่นเพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและกิจกรรมหลักสามระดับในอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ (กิจกรรมหลักสามระดับ ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและเขียน การสื่อสารและโต้ตอบ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ข้อมูล) พบว่าอาสาสมัครที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้น และมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ต่อครอบครัวและเผยแพร่สู่ชุมชน

Kosicka et al. (2020) ได้ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของโปแลนด์ พบว่าตัวแปรที่ทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย การประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการโดยสถาบันต่าง ๆ ที่สนับสนุนการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี ผลลัพธ์เหล่านี้บ่งบอกถึงความสำคัญว่ามีความจำเป็นต้องสร้างความคิดริเริ่มและโปรแกรมต่าง ๆ ที่พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยมีเป้าหมายในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำ และผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดโดยสถาบันที่สนับสนุนผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ การปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพอาจช่วยแก้ไขในเรื่องสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้

จากการทบทวนเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และในเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มและทิศทางที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในระดับประเทศเช่นเดียวกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังหลักในการปฏิบัติหน้าที่กระจายอยู่ในชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติงาน การได้ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น จะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป ทั้งนี้หลาย ๆ การศึกษาได้อธิบายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับการศึกษานี้จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่า มีสอดคล้องกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 โดยการสุ่มตัวอย่าง และใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

กำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 จำนวน 5,201 คน ข้อมูล ณ วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2565 (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2565)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 จำนวน 381 คน ที่ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

2.1 วิธีคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 จำนวน 5,201 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีที่ทราบประชากรใช้วิธีคำนวณ ตามสูตรของ Cochran (1977)

$$n = \frac{N Z^2 \alpha/2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha/2 \sigma^2}$$

N = ขนาดประชากรเท่ากับ 5,201 คน

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด เท่ากับ 1.96

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความคล้ายคลึงกัน โดย พบว่าค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 0.406

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า โดยกำหนดที่ร้อยละ 5 ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.05

แทนค่า

$$\begin{aligned} n &= \frac{5,201 \times 1.96^2 \times 0.406^2}{0.05^2(5,201-1) + 1.96^2 \times 0.406^2} \\ &= 241.58 \text{ คน} \\ &\approx 242 \text{ คน} \end{aligned}$$

ขั้นตอนที่ 2 ปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมกับการนำไปวิเคราะห์สมการที่เป็นตัวแปรทำนาย ค่าสถิติที่มีความสำคัญ คือค่า R^2 ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ในการบ่งบอกความแปรปรวนของเส้นสมการที่มีตัวแปรหลายตัวร่วมกัน โดยกำหนดให้ค่า R^2 เท่ากับ 0.3 (Hsieh FY et al., 1998)

$$n_p = \frac{n_1}{(1-R^2)}$$

n_p = ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

n_1 = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณในขั้นตอนที่ 1 (242 คน)

R^2 = สัดส่วนความแปรปรวนของเส้นสมการกับตัวแปรต้นหลายตัวร่วมกัน (0.3)

แทนค่า

$$n_p = \frac{242}{(1-0.3)}$$

$$= 345.71$$

$$\approx 346 \text{ คน}$$

จากการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 346 คน และเพื่อความสมบูรณ์ของการได้มาซึ่งแบบสอบถาม จึงปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 381 คน

เกณฑ์การตัดเข้า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือถอนตัวระหว่างตอบแบบสอบถาม

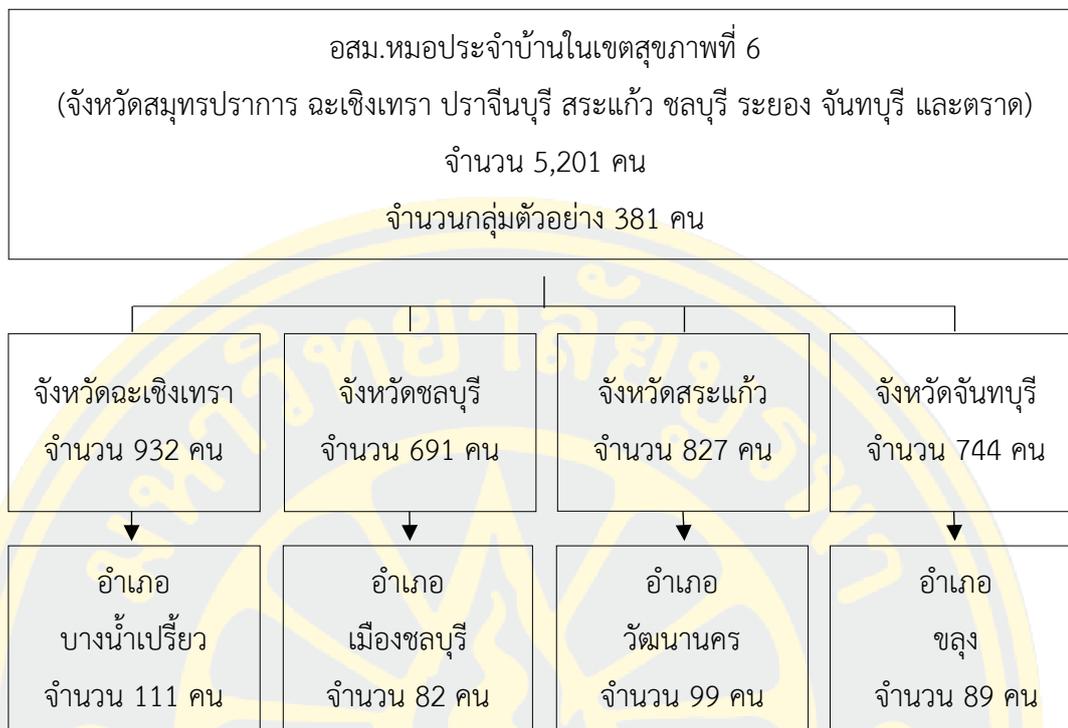
2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 สุ่มเลือกตัวแทนจังหวัด โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 4 จังหวัด จากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6

2.2.2 สุ่มเลือกตัวแทนอำเภอ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จังหวัดละ 1 อำเภอ จากจังหวัดตัวแทน

2.2.3 สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความน่าจะเป็น และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างเท่า ๆ กัน ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ตามสัดส่วนจำนวนตัวอย่าง จนครบตามจำนวนที่ต้องการ



ภาพที่ 4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการค้นคว้าเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ตำแหน่งในชมรม อสม. ตำแหน่งอื่นในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย หน่วยงานที่กำกับดูแล และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ส่วนอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 28 ข้อ วัดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบทดสอบ จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 8 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อยเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนรวมและใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
0-4 คะแนน	ไม่ดี
5 คะแนน	พอใช้
6 คะแนน	ดี
7-8 คะแนน	ดีมาก

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 4 ระดับ (Rating scale) คือ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน และมาก 4 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนรวมและใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
1-9 คะแนน	ไม่ดี
10-11 คะแนน	พอใช้
12 คะแนน	ดี
13-16 คะแนน	ดีมาก

ด้านที่ 3 การสื่อสารในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 4 ระดับ (Rating scale) คือ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน และมาก 4 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนรวมและใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
1-9 คะแนน	ไม่ดี
10-11 คะแนน	พอใช้
12 คะแนน	ดี
13-16 คะแนน	ดีมาก

ด้านที่ 4 การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 4 ระดับ (Rating scale) คือ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน และมาก 4 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนรวมและใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
1-9 คะแนน	ไม่ดี
10-11 คะแนน	พอใช้
12 คะแนน	ดี

13-16 คะแนน

ดีมาก

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 4 ระดับ (Rating scale) คือ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน และมาก 4 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนรวมและใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
1-9 คะแนน	ไม่ดี
10-11 คะแนน	พอใช้
12 คะแนน	ดี
13-16 คะแนน	ดีมาก

ด้านที่ 6 การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 4 ระดับ (Rating scale) ตามข้อความที่ถูกต้องมากที่สุดไปน้อยที่สุด เป็น 1-4 คะแนนตามลำดับ แบ่งช่วงคะแนนรวมและใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
1-9 คะแนน	ไม่ดี
10-11 คะแนน	พอใช้
12 คะแนน	ดี
13-16 คะแนน	ดีมาก

สรุปคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ด้านที่ 1-6) จำนวน 28 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 88 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของผลในภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพใช้เกณฑ์การให้คะแนนของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
1-52 คะแนน	ไม่ดี
53-61 คะแนน	พอใช้
62-70 คะแนน	ดี
71-88 คะแนน	ดีมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยศึกษาและพัฒนามาจากข้อมูลวิชาการ เอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ คะแนนเต็ม 64 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 4 ระดับ (Rating scale) คือ ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ดังนี้

ช่วงคะแนน	แปลผล
1-38 คะแนน	ไม่ดี
39-44 คะแนน	พอใช้
45-51 คะแนน	ดี
52-64 คะแนน	ดีมาก

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยทำการพัฒนาแบบสอบถามและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

การทดสอบความเที่ยงตรง (Content validity)

สร้างแบบสอบถามให้มีความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) และขอข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้แบบสอบถามมีครบถ้วนความสมบูรณ์ และ คัดเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

การทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยกำหนดคะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ให้ 1 คะแนน มีความสอดคล้องหรือวัดได้

ให้ 0 คะแนน ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องหรือวัดได้

ให้ -1 คะแนน ไม่มีความสอดคล้องหรือวัดได้

จากนั้นนำผลการทดสอบแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าความสอดคล้องโดยใช้สูตร

$$IOC = \frac{\Sigma R}{n}$$

ΣR หมายถึง ผลคะแนนรวมจากผู้ทรงคุณวุฒิ

n หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

การพิจารณาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จากการหาค่า IOC จะคัดเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

การทดสอบความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. นำเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ได้แก่ อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 8 คน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 7 คน อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 8 คน และอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี จำนวน 7 คน โดยวิเคราะห์หาความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

ตารางที่ 1 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่	หัวข้อแบบสอบถาม	การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย		
		ความยากง่าย	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่น
2	ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ	✓	✓	✓
	ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล		✓	✓
	ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อ		✓	✓
	ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง		✓	✓
	ด้านที่ 5 การสื่อสารซักถามโต้ตอบ		✓	✓
	ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ		✓	✓
3	การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		✓	✓

2. วิเคราะห์หาความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

2.1 การหาความยากง่ายของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรายข้อ (Item Difficulty, P) วิเคราะห์เฉพาะข้อมูลตอนที่ 2 ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ เพื่อทดสอบความยากง่ายของข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าความยากง่าย (P) อยู่ระหว่าง 0.2-0.8 โดยค่าที่ได้คือ 0.2-0.8

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Item Discrimination, r) วิเคราะห์ข้อมูลในตอนที่ 2 และตอนที่ 3 กำหนดค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป โดยค่าที่ได้คือ 0.213-0.815

2.3 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) วิเคราะห์ข้อมูลในตอนต้นที่ 2 ด้านที่ 1 ใช้วิธี KR-20 กำหนดเกณฑ์ 0.7 ขึ้นไป ค่าที่ได้คือ 0.883 และวิเคราะห์ข้อมูลตอนต้นที่ 2 ด้านที่ 2-6 และตอนต้นที่ 3 ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ค่าที่ได้คือ 0.723-0.919

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional research) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ดำเนินการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยประสานติดต่อกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอประสานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการขอเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยประสานติดต่อกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
4. ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ และหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอ ให้เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ และนัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทำความเข้าใจกระบวนการเก็บแบบสอบถาม ในวันประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัยในวันประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของแต่ละหน่วยบริการสาธารณสุข ในอำเภอ โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายจนครบถ้วน
6. ผู้วิจัยรวบรวมและนำแบบสอบถามมาทำการตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และกำหนดค่าของตัวแปร จากนั้นนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาลงรหัส ให้ค่าคะแนนแล้วทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยรายละเอียดในการวิเคราะห์มีดังนี้

1. ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage: %) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (Min-Max)
2. วิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้
 - 2.1 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร
 - 2.2 ตรวจสอบปัญหา Multicollinearity โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจากค่า VIF ประกอบกับค่า Tolerance และพิจารณาความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปร X ต้องไม่เกิน 0.7 (ัญชนก ชุมทอง, 2559)
 - 2.3 ตรวจสอบตัวแปร Y แต่ละค่ามีความคาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันโดยพิจารณาจากค่าสถิติ Durbin – Watson
 - 2.4 ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคาดเคลื่อนในทุก ๆ ค่าของ X มีค่าเท่ากัน โดยพิจารณาจาก Scatterplot ระหว่าง Standardized Residuals และ Standardized Predicted Values
 - 2.5 การตรวจสอบความเป็น Normality

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองที่ IRB3-060/2566 รับรองวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และการปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ รวมถึงผลของการตอบแบบสอบถาม จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน หรือการเบิกจ่ายค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากหน่วยงานต้นสังกัด

3. ผู้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ต้องสมัครใจในการเข้าร่วมศึกษาวิจัย โดยให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ

4. การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านทราบก่อนเข้าร่วมว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยการรวบรวมข้อมูลไม่ระบุชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้ศึกษาวิจัย และอาจารย์ผู้ควบคุมกำกับการศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น และจะเก็บข้อมูลไว้ 1 ปีจากวันที่ผลการศึกษาวิจัยได้รับการเผยแพร่ หลังจากนั้นจะทำการทำลายข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวม โดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 ชุด จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	61	16.01
หญิง	320	83.99
2. อายุ จำแนกช่วงอายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30 ปี	4	1.05
30 – 39 ปี	27	7.09
40 – 49 ปี	79	20.73
50 – 59 ปี	148	38.85
60 – 69 ปี	104	27.30
มากกว่า หรือเท่ากับ 70 ปี	19	4.98
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.30 (10.08)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	55.0 (19, 76)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
3. โรคประจำตัว		
ไม่มี	226	59.32
มี (n = 155 คน)	155	68.58
โรคเบาหวาน	41	26.45
โรคความดันโลหิตสูง	79	50.97
โรคไขมันในเลือดสูง	14	9.03
โรคโรคภูมิแพ้/หอบหืด	6	3.87
โรคหลอดเลือดสมอง	3	1.94
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3	1.94
โรคโรคโลหิตจาง	2	1.29
โรคกระเพาะ/กรดไหลย้อน	2	1.29
อื่น ๆ (โรคมะเร็ง โรคไวรัสตับอักเสบ โรค เก๊าต์ โรคกระดูก โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง)	5	3.23
4. ดัชนีมวลกาย		
(สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2561)		
น้ำหนักน้อยหรือผอม	11	2.89
ปกติสมส่วน	95	24.93
น้ำหนักเกิน	83	21.78
โรคอ้วนระดับที่ 1	136	35.70
โรคอ้วนระดับที่ 2	56	14.70
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	25.59 (4.43)	
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.26
ประถมศึกษา	132	34.65
มัธยมศึกษาตอนต้น	71	18.64
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	125	32.80

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
อนุปริญญา/ปวส.	23	6.04
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	27	7.09
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.52
6. สถานภาพสมรส		
โสด	50	13.12
สมรส/อยู่ด้วยกัน	270	70.87
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	61	16.01
7. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	12.07
เกษตรกร/ปศุสัตว์	144	37.80
รับจ้างทั่วไป	109	28.61
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	80	21.00
อื่น ๆ (บริษัทเอกชน, นักการเมืองท้องถิ่น)	2	0.52
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	15	3.94
มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน	98	25.72
มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน	169	44.36
มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาท/เดือน	54	14.17
มีรายได้ 15,001 - 20,000 บาท/เดือน	27	7.09
มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป	18	4.72
9. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	250	65.62
ไม่เพียงพอ	131	34.38

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
10. ระยะเวลาการเป็น อสม.		
จำแนกช่วงระยะเวลา (ปี)		
1 - 5 ปี	79	20.73
6 - 10 ปี	68	17.85
11 - 15 ปี	68	17.85
16 - 20 ปี	73	19.16
21 - 25 ปี	32	8.40
26 - 30 ปี	40	10.50
มากกว่า หรือเท่ากับ 31 ปี	21	5.51
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15.06 (9.64)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	14.0 (1, 45)	
11. ตำแหน่งในชมรม อสม.		
สมาชิกชมรม	342	89.76
ประธานชมรม		
ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	27	7.10
ระดับตำบล	2	0.52
ระดับอำเภอ	1	0.26
เลขานุการชมรม		
ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	3	0.79
ระดับตำบล	3	0.79
เหรัญญิกชมรม		
ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	2	0.52
รองประธานชมรม		
ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	1	0.26

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
12. ตำแหน่งอื่นในชุมชน		
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	7	1.84
แพทย์ประจำตำบล/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	30	7.87
สมาชิกเทศบาล/อบต.	8	2.10
ประชาชนทั่วไป	336	88.19
13. เขตที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	151	39.63
นอกเขตเทศบาล	230	60.37
14. หน่วยงานที่กำกับดูแล		
โรงพยาบาล	28	7.35
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	339	88.98
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	14	3.67
15. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ		
จำแนกช่วงจำนวนหลังคาเรือน (หลังคาเรือน)		
ต่ำกว่า 10	95	24.93
10 - 19	198	51.97
20 - 29	64	16.80
30 - 39	17	4.46
มากกว่า หรือเท่ากับ 40	7	1.84
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15.79 (7.55)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	15.0 (5, 57)	
16. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ด้านการใช้ งานแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” ผ่านสมาร์ตโฟน หรือคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ		
สามารถใช้งานได้คล่องโดยไม่ต้องให้ผู้อื่น ช่วยเหลือหรือแนะนำ	155	40.68

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
สามารถใช้งานได้บ้างโดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ	220	57.74
ไม่สามารถใช้งานได้เลย	6	1.58
17. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ		
สามารถใช้งานได้ทุกแอปพลิเคชันหรือทุกโปรแกรมโดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ	101	26.51
สามารถใช้งานได้บ้างแอปพลิเคชันหรือบางโปรแกรมโดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ	265	69.55
ไม่สามารถใช้งานได้เลย	15	3.94

จากตารางที่ 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.99 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 91.86 (อายุเฉลี่ย 54.30 ปี, SD 10.08 ปี) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 59.32 ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2561) ร้อยละ 50.04 (ค่าเฉลี่ย 25.59 กก./ม², SD 4.43 กก./ม²) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า ร้อยละ 53.55 มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.87 การประกอบอาชีพทำการเกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ร้อยละ 37.80 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.61 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 21 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ร้อยละ 70.34 มีรายได้ มากกว่า 5,000 บาท/เดือนขึ้นไป และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 65.62 ระยะเวลาการเป็น อสม.อยู่ระหว่าง 1-15 ปี ร้อยละ 56.43 (ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 15.06 ปี, SD 9.64 ปี) ตำแหน่งในชมรม อสม. เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 89.76 ตำแหน่งอื่นในชุมชน เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 88.19 อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 60.37 อยู่ในการกำกับดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ร้อยละ 88.98 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.90 รับผิดชอบต่ำกว่า 20 หลังคาเรือน (จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 15.79 หลังคาเรือน, SD 7.55 หลังคาเรือน) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” ผ่านสมาร์ตโฟนหรือ

คอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถใช้งานได้บ้างโดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ร้อยละ 57.74 และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถใช้งานได้บางแอปพลิเคชันหรือบางโปรแกรมโดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ร้อยละ 69.55

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ (n = 381 คน)				Mean (SD)
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ความรู้ความเข้าใจ	10 (2.63)	38 (9.97)	81 (21.26)	252 (66.14)	3.96 (1.34)
2. การเข้าถึงข้อมูล	263 (69.03)	95 (24.93)	20 (5.25)	3 (0.79)	13.97 (1.84)
3. การสื่อสาร	242 (63.52)	121 (31.76)	12 (3.15)	6 (1.57)	13.53 (1.77)
4. การจัดการตนเอง	248 (65.09)	119 (31.24)	9 (2.36)	5 (1.31)	13.85 (1.85)
5. การรู้เท่าทันสื่อ	244 (64.04)	112 (29.40)	18 (4.72)	7 (1.84)	13.58 (1.86)
6. การตัดสินใจ	202 (53.02)	84 (22.05)	77 (20.21)	18 (4.72)	12.48 (1.69)
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภาปรวม	208 (54.59)	157 (41.21)	14 (3.68)	2 (0.52)	71.38 (6.47)

จากตารางที่ 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี ร้อยละ 95.80 โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเองมีระดับคะแนนในระดับดีมากและระดับดีมากที่สุด ถึงร้อยละ 96.33 รองลงมาคือ ด้านการสื่อสาร ร้อยละ 95.28 ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 93.96 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 93.44 และด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 75.07 ตามลำดับ และจากระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะเห็นว่า ด้านความรู้ความเข้าใจส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพอใช้และระดับ ไม่ดี ถึงร้อยละ 87.40

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรู้ความเข้าใจ รายข้อ

ความรู้ความเข้าใจ	จำนวน (ร้อยละ) (n = 381 คน)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. การป้องกันผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม	319 (83.73)	62 (16.27)
2. ปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	102 (26.77)	279 (73.23)
3. วิธีการปฏิบัติสู่พื้นดีในผู้สูงอายุ	302 (79.27)	79 (20.73)
4. วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสม	53 (13.91)	328 (86.09)
5. ข้อปฏิบัติกรกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ	244 (64.04)	137 (35.96)
6. การรับประทานผักของผู้สูงอายุที่กินผักน้อยที่เหมาะสม ที่สุด	202 (53.02)	179 (46.98)
7. สัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	129 (33.86)	252 (66.14)
8. กิจกรรมการกระตุ้นความจำระยะยาว	159 (41.73)	222 (58.27)

จากตารางที่ 4 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 83.73 รองลงมาคือ เรื่องวิธีการปฏิบัติสู่พื้นดีในผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.27 และเรื่องข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี สำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.04 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาด ความรู้ความเข้าใจส่วนใหญ่เรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสม ร้อยละ 86.09 รองลงมาคือ เรื่องปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.23 และเรื่องสัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.14 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการเข้าถึงข้อมูล รายชื่อ

การเข้าถึงข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ) (n = 381 คน)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่หลากหลาย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรศัพท์ สื่อออนไลน์ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น	192 (50.39)	183 (48.03)	6 (1.58)	0 (0.00)
2. ความสามารถค้นหาข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากสื่อต่าง ๆ ที่ตรงกับความต้องการของท่านได้ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข เฟสบุ๊ก ไลน์ กูเกิล เป็นต้น	192 (50.40)	170 (44.62)	18 (4.72)	1 (0.26)
3. ความสามารถตรวจสอบข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัยจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ ของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ	204 (53.54)	168 (44.10)	9 (2.36)	0 (0.00)
4. ความสามารถเลือกข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้องได้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรศัพท์ สื่อออนไลน์ และอินเทอร์เน็ต	205 (53.80)	170 (44.62)	6 (1.58)	0 (0.00)

จากตารางที่ 5 พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับมากและปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่หลากหลาย และสามารถเลือกข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้องได้จากแหล่งต่าง ๆ ร้อยละ 98.42 รองลงมาคือ ตรวจสอบข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือต่าง ๆ ร้อยละ 97.64 และสามารถค้นหาข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากสื่อต่าง ๆ ที่ตรงกับความต้องการได้ ร้อยละ 95.02 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสาร รายข้อ

การสื่อสาร	จำนวน (ร้อยละ) (n = 381 คน)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สามารถอธิบาย ชักถาม โต้ตอบ หรือสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้อื่นได้รับรู้และเข้าใจได้	139 (36.48)	233 (61.16)	8 (2.10)	1 (0.26)
2. สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านได้ในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	104 (27.29)	259 (67.98)	16 (4.20)	2 (0.53)
3. สามารถซักถามเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กังวลหรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่เข้าใจหรืออยากเรียนรู้เพิ่มเติมจากผู้รู้ได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	198 (51.97)	172 (45.14)	9 (2.36)	2 (0.53)
4. พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้	192 (50.39)	183 (48.03)	4 (1.05)	2 (0.53)

จากตารางที่ 6 พบว่า ด้านการสื่อสารในระดับมากและปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ ร้อยละ 98.42 รองลงมาคือ สามารถอธิบาย ชักถาม โต้ตอบ หรือสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้อื่นได้รับรู้และเข้าใจได้ ร้อยละ 97.64 สามารถซักถามเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กังวลหรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่เข้าใจหรืออยากเรียนรู้เพิ่มเติม

จากผู้รู้ได้ ร้อยละ 97.11 และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน
ได้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.27 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการจัดการตนเอง รายข้อ

การจัดการตนเอง	จำนวน (ร้อยละ) (n = 381 คน)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุท่านกำหนด เป้าหมายในการปฏิบัติงาน	201 (52.75)	177 (46.46)	2 (0.53)	1 (0.26)
2. การออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุท่านได้วาง แผนการปฏิบัติงาน	186 (48.82)	184 (48.29)	10 (2.63)	1 (0.26)
3. การปฏิบัติงานตามแผนในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม	176 (46.19)	198 (51.97)	6 (1.58)	1 (0.26)
4. การทบทวนการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของท่านทุกครั้งเพื่อปรับรูปแบบการ ปฏิบัติงานให้ดีขึ้นและเหมาะสมขึ้นเสมอ	176 (46.19)	196 (51.45)	8 (2.10)	1 (0.26)

จากตารางที่ 7 พบว่า ด้านการจัดการตนเองในระดับมากและปานกลาง อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ก่อนออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม.ในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุได้กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 99.21 รองลงมาคือ มีการปฏิบัติงาน
ตามแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 98.16 มีการทบทวน
การปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของท่านทุกครั้งเพื่อปรับรูปแบบการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นและ
เหมาะสมขึ้นเสมอ ร้อยละ 97.64 และการออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ในการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการวางแผนการปฏิบัติงาน ร้อยละ 97.11 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ รายข้อ

การรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน (ร้อยละ) (n = 381 คน)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การเลือกรับสื่อและตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้ เช่น รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือสื่อจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้	204 (53.54)	170 (44.62)	5 (1.31)	2 (0.53)
2. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากสื่อต่าง ๆ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับผู้สูงอายุและนำไปปฏิบัติได้	147 (38.58)	223 (58.53)	10 (2.63)	1 (0.26)
3. การติดตามการเผยแพร่ข่าวสารหรือความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา	153 (40.16)	211 (55.38)	16 (4.20)	1 (0.26)
4. ความสามารถเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้	154 (40.42)	211 (55.38)	15 (3.94)	1 (0.26)

จากตารางที่ 8 พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อในระดับมากและปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เลือกรับสื่อและตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้ ร้อยละ 98.16 รองลงมาคือ สามารถวิเคราะห์และประเมินข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากสื่อต่าง ๆ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับผู้สูงอายุและนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.11 สามารถเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 95.80 และมีการติดตามการเผยแพร่ข่าวสารหรือความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 95.54 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจ รายข้อ

การตัดสินใจ	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
1. การปฏิบัติงานออกเยี่ยมบ้านและพบเห็นผู้สูงอายุหกล้ม		
- ช่วยเหลือ และแจ้งญาติผู้ดูแลให้ทราบ (4)	251	65.88
- ช่วยเหลือ และนำส่งโรงพยาบาลด้วยตนเองทันที (3)	52	13.64
- ช่วยเหลือ และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาดูแล (2)	59	15.49
- ช่วยเหลือ และให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้ตามปกติ (1)	19	4.99
2. การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและพบว่าญาติผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ		
- แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาช่วยดูแล (4)	50	13.12
- อธิบายวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากกับญาติที่ดูแลผู้สูงอายุให้เข้าใจ (3)	226	59.32
- อธิบายผลเสียของการไม่ดูแลสุขภาพช่องปากกับญาติที่ดูแล (2)	104	27.30
- เรียกผู้อื่นหรือเพื่อนบ้านมาช่วย (1)	1	0.26
3. การปฏิบัติงานเมื่อพบผู้สูงอายุในชุมชนกำลังรับประทาน อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม จัด และมีรับประทานเป็นประจำ		
- แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมโดยให้ค่อย ๆ ลด และหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารประเภทนั้น (4)	209	54.86
- อธิบายผลเสียของการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม จัด แนะนำให้ค่อย ๆ ลด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ประเภทนั้น (3)	137	35.96
- อธิบายผลเสียของการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม สูง และให้หยุดรับประทาน (2)	17	4.46
- ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขณรงค์ และสร้างความตระหนัก ในผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (1)	18	4.72

ตารางที่ 9 (ต่อ)

การตัดสินใจ	จำนวน (n = 381 คน)	ร้อยละ
4. การปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุที่บ้านเริ่มมีอาการหลงลืมในบางเรื่อง		
- คัดกรองเบื้องต้น และแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาคัดกรอง (4)	136	35.69
- คัดกรองเบื้องต้น และแนะนำญาติให้พาไปรักษา (3)	57	14.96
- คัดกรองเบื้องต้น และชักชวนผู้สูงอายุพูดคุยว่าจำลูกหลานได้หรือไม่ (2)	169	44.36
- คัดกรองเบื้องต้นและบอกว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ (1)	19	4.99

หมายเหตุ (4) หมายถึง ค่าคะแนน 4 ระดับการตัดสินใจดีมาก

(3) หมายถึง ค่าคะแนน 3 ระดับการตัดสินใจดี

(2) หมายถึง ค่าคะแนน 2 ระดับการตัดสินใจพอใช้

(1) หมายถึง ค่าคะแนน 1 ระดับการตัดสินใจไม่ดี

จากตารางที่ 9 พบว่าด้านการตัดสินใจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับที่ดีมาก ซึ่งมีค่าคะแนนในตัวเลือกสูงสุด คือระดับคะแนน 4 จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ด้านปฏิบัติงานออกเยี่ยมบ้านและพบเห็นผู้สูงอายุหกล้ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เลือกช่วยเหลือและแจ้งในญาติผู้ดูแลให้ทราบ ร้อยละ 65.88 และข้อ 3 การปฏิบัติงานเมื่อพบผู้สูงอายุในชุมชนกำลังรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม จัด และมีรับประทานเป็นประจำ ส่วนมากเลือกแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยให้ค่อย ๆ ลด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทนั้น ร้อยละ 54.86 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับที่ดี ซึ่งมีค่าคะแนนในตัวเลือก คือระดับคะแนน 3 จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและพบว่าญาติผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือส่วนใหญ่เลือกอธิบายวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากกับญาติที่ดูแลผู้สูงอายุให้เข้าใจ ร้อยละ 59.32 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับพอใช้ ซึ่งมีค่าคะแนนในตัวเลือก คือระดับคะแนน 2 จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 การปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุที่บ้านเริ่มมีอาการ

หลงลืมในบางเรื่อง ส่วนใหญ่เลือกไปคัดกรองเบื้องต้นและชักชวนผู้สูงอายุพูดคุยว่าจำลูกหลานได้หรือไม่ ร้อยละ 44.36

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อความ	ระดับคะแนนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 381 คน)				Mean (SD)
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	133 (34.91)	140 (36.74)	65 (17.06)	43 (11.29)	48.82 (8.39)

จากตารางที่ 10 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับดีมากและระดับดี ถึงร้อยละ 71.65 และร้อยละ 28.35 ยังมีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ดีพอ

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายข้อ

การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน(ร้อยละ) (n = 381 คน)			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุ				
1. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงที่อาจจะทำให้ ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม เช่น ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย เป็นต้น	117 (30.71)	212 (55.64)	51 (13.39)	1 (0.26)
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับ ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	114 (29.92)	223 (58.53)	44 (11.55)	0 (0.00)
3. การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการ พลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	123 (32.28)	213 (55.91)	44 (11.55)	1 (0.26)
4. การแนะนำการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้มให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	82 (21.52)	199 (52.23)	92 (24.15)	8 (2.10)
ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ				
5. การคัดกรองตรวจฟันและช่องปากเบื้องต้นให้กับ ผู้สูงอายุ	69 (18.11)	195 (51.18)	105 (27.56)	12 (3.15)
6. การให้คำแนะนำในการดูแลความสะอาดช่องปาก ให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	89 (23.36)	217 (56.95)	71 (18.64)	4 (1.05)
7. การให้คำแนะนำการดูแลฟันปลอมให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ	82 (21.52)	199 (52.23)	92 (24.15)	8 (2.10)
8. การให้คำแนะนำและสาธิตการบริหารกลืนเนื้อ ช่องปากให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	78 (20.47)	187 (49.08)	105 (27.56)	11 (2.89)
ด้านการดูแลเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ				
9. การคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการของ ผู้สูงอายุ	102 (26.77)	212 (55.64)	64 (16.80)	3 (0.79)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน(ร้อยละ) (n = 381 คน)			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
10. การให้คำแนะนำการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลน้ำหนักตัว การดูแลเส้นรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน หรือ ควรหลีกเลี่ยง เป็นต้น	112 (29.40)	212 (55.64)	55 (14.43)	2 (0.53)
11. การสอบถามอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละ มื้อจากผู้สูงอายุ หรือญาติของผู้สูงอายุ หรือสังเกตอาหาร ที่ผู้สูงอายุรับประทานขณะที่ท่านปฏิบัติงานและเยี่ยม บ้านผู้สูงอายุ	93 (24.41)	231 (60.63)	54 (14.17)	3 (0.79)
12. การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร และโภชนาการให้กับ ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	111 (29.13)	215 (56.43)	53 (13.91)	2 (0.53)
ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ				
13. การคัดกรองและประเมินสมรรถภาพสมอง เพื่อ คัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	83 (21.78)	206 (54.07)	87 (22.84)	5 (1.31)
14. การสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อมของ ผู้สูงอายุ และสอบถามจากญาติของผู้สูงอายุ	92 (24.15)	209 (54.85)	76 (19.95)	4 (1.05)
15. การให้คำแนะนำในการป้องกันโรคสมองเสื่อมให้กับ ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	89 (23.36)	216 (56.69)	71 (18.64)	5 (1.31)
16. การแนะนำและสาธิตกิจกรรมกระตุ้นสมองให้กับ ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ	86 (22.57)	210 (55.12)	79 (20.73)	6 (1.58)

จากตารางที่ 11 พบว่าการปฏิบัติงานที่ดีและเหมาะสมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติเป็น
ประจำและบ่อยครั้ง ดังนี้

ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.45 รองลงมาคือ แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.19 และคัดกรองและประเมินความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 86.35 ตามลำดับ

ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความสำคัญการดูแลความสะอาดช่องปากให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.31

ด้านการดูแลเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.56 รองลงมาคือ แนะนำการดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ และสอบถามอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละมื้อจากผู้สูงอายุหรือญาติของผู้สูงอายุหรือสังเกตอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานขณะที่ท่านปฏิบัติงานและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.04 และคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.41 ตามลำดับ

ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนะนำในการป้องกันโรคสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.05

ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่เต็มมากพอและค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง น้อยกว่าร้อยละ 80 มีดังนี้ คือ

ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนะนำการดูแลฟันปลอมให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 73.75 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 69.55 และคัดกรองตรวจฟันและช่องปากเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 69.29 ตามลำดับ

ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและสอบถามจากญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 79.01 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตกิจกรรมกระตุ้นสมองให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 77.69 และคัดกรองและประเมินสมรรถภาพสมองเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 75.85 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตามขั้นตอน ดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบคุณลักษณะของตัวแปรต้น (X) และตัวแปรตาม (Y) ก่อนการวิเคราะห์แบบถดถอย โดยแปลงข้อมูลตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ และตัวแปรตามที่มีระดับการวัดแบบเชิงปริมาณ (Scale) คงคุณลักษณะเดิม

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (Crude) เพื่อคัดเลือกตัวแปรต้นรายตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ไปวิเคราะห์ Multiple linear regression

ขั้นตอนที่ 3 นำตัวแปร X ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์ Multiple Linear Regression ใช้วิธี Stepwise และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงเส้นตรง (Linearity) โดยค่า F-test ANOVA มีค่า 16.557 ที่นัยสำคัญ $p < 0.05$

2. ตรวจสอบปัญหา Multicollinearity โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจากค่า VIF ประกอบด้วย ค่า Tolerance (VIF < 10 และ Tolerance > 0.1) พบว่าค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.035 - 8.3377 และ Tolerance อยู่ระหว่าง 0.12 - 9.66 และพิจารณาความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปร X ต้องไม่เกิน 0.7 (ชัยชนก ชุมทอง, 2559)

3. ตรวจสอบตัวแปร Y แต่ละค่ามีความคาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันโดยพิจารณาจากค่าสถิติ Durbin - Watson เท่ากับ 1.803 (ค่า 1.5 - 2.5 แสดงว่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน)

4. ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคาดเคลื่อนในทุก ๆ ค่าของ X มีค่าเท่ากัน โดยพิจารณาจาก Scatterplot ระหว่าง Standardized Residuals และ Standardized Predicted Values โดย Standardized Residuals มีการกระจายตัวรอบ ๆ แนวเส้น $Y = 0$ แม้ค่า Standardized Residuals บางจุดมีค่ากระจายออกจาก 0 เกิน ± 2 แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของ Residuals พบว่ามีค่าเท่ากับ 0 และพบว่าจุดบน Scatterplot ไม่มีรูปแบบการกระจายที่เป็นระบบ คือไม่มีลักษณะกระจายตัวเชิงเส้นหรือลักษณะกระจายตัวแบบกำลังสอง แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคาดเคลื่อนคงที่ หรือตัวแปรมีความแปรปรวนของความคาดเคลื่อนในทุก ๆ ค่าของ X ค่าเท่ากัน

5. การตรวจสอบความเป็น Normality เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 200 คน ตัวแปร Y จึงไม่ส่งผลกระทบต่อวิเคราะห์ข้อมูลถอยพหุคูณเชิงเส้น (Hair et al., 2019)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถอยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์แสดงความสำคัญ (n = 381)				
	B	95%CI	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	18.289	11.493-25.084		5.292	0.000
1. ด้านการจัดการตนเอง	1.225	0.750-1.701	0.270	5.068	0.000*
2. ด้านการสื่อสาร	1.129	0.628-1.630	0.238	4.431	0.000*
3. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ)	-2.451	(-4.086)-(-0.817)	-0.135	-2.949	0.003*

R = 0.484 R² = 0.234 Adjust R² = 0.228 S.E = 7.36883 *p-value < 0.01

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

จากตารางที่ 12 พบว่าผลการวิเคราะห์ตัวแปรจำนวน 9 ตัวแปร มีตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกจากวิธี Stepwise จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรด้านการจัดการตนเอง (B = 1.225, p-value < 0.01) ด้านการสื่อสาร (B = 1.129, p-value < 0.01) และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ

(สามารถใช้งานได้โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ($B = -2.451, p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 23.4 ส่วนตัวแปรสถานภาพสมรส (เดี่ยว) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” ผ่านสมาร์ทโฟน หรือคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้) การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวม ไม่ผ่านการคัดเลือกจากวิธี Stepwise

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic Cross-Sectional Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศึกษาการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 โดยมีกลุ่มประชากรในการศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม.หมอบริการบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2565 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน ขั้นตอน ที่หนึ่งใช้วิธีคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีที่ทราบประชากร โดยใช้วิธีตาม สูตรของ Cochran W. G. (1977) และขั้นตอนที่สองปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิเคราะห์ สมการที่เป็นตัวแปรทำนาย โดยใช้วิธีของ Hsieh FY et al. (1998) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 คน จากการสุ่มเลือกตัวแทนจังหวัด โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 4 จังหวัด จากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จากนั้นสุ่มเลือกตัวแทนอำเภอ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จังหวัดละ 1 อำเภอ จากจังหวัดตัวแทน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความน่าจะเป็น และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างเท่า ๆ กัน ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตาม สัดส่วนจำนวนตัวอย่าง จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นมาใหม่จากการค้นคว้าเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้ดัชนีหาความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดลองใช้ (Try Out) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ได้แก่ อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี และการทดสอบความยากง่าย ค่าอำนาจ จำแนก และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ใช้ครั้งนี้ ได้แก่แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคล) แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุ และแบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยผู้วิจัยเองและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาค
 ประชาชนระดับอำเภอ และหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอ ช่วงเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ.
 2566 กำหนดความมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัย
 ด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ
 ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ
 (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise โดยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ตาม
 ข้อตกลงเบื้องต้นก่อน

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต
 สุขภาพที่ 6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.99 โดยมีอายุ 40 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 91.86 (อายุเฉลี่ย
 54.30 ปี, SD 10.08 ปี) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.32 ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วน (สำนัก
 โภชนาการ กรมอนามัย, 2561) ร้อยละ 50.04 (ค่าเฉลี่ย 25.59 กก./ม², SD 4.43 กก./ม²) ระดับ
 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า ร้อยละ 53.55 มีสถานภาพ
 สมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.87 การประกอบอาชีพทำการเกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ร้อยละ 37.80
 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.61 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 21.00 ตามลำดับ รายได้
 เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.34 มีรายได้ มากกว่า 5,000 บาท/เดือนขึ้นไป และมีรายได้
 เพียงพอ ร้อยละ 65.62 ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-15 ปี ร้อยละ 56.43
 (ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 15.06 ปี, SD 9.64 ปี) ตำแหน่งในชมรม อสม. เป็นสมาชิกชมรม
 ร้อยละ 89.76 ตำแหน่งอื่นในชุมชน เป็นประชาชนทั่วไปร้อยละ 88.19 อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ
 60.37 อยู่ในการกำกับดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 88.98 จำนวนหลังคาเรือน
 ที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ร้อยละ 76.90 รับผิดชอบต่ำกว่า 20 หลังคาเรือน (จำนวนหลังคาเรือนที่
 รับผิดชอบเฉลี่ย 15.79 หลังคาเรือน, SD 7.55 หลังคาเรือน) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้าน
 การใช้งานแอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” ผ่านสมาร์ตโฟน หรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้าน
 สุขภาพ สามารถใช้งานได้บ้างโดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ร้อยละ 57.74 และความสามารถ
 ในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟน หรือ
 คอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถใช้งานได้บ้างแอปพลิเคชันหรือบางโปรแกรม
 โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ร้อยละ 69.55

2. ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี ร้อยละ 95.80 โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเองมีระดับคะแนนในระดับดีมากและระดับดีมากที่สุด ถึงร้อยละ 96.33 รองลงมาคือ ด้านการสื่อสาร ร้อยละ 95.28 ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 93.96 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 93.44 และด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 75.07 ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจมีระดับคะแนนระดับดีมากและระดับดี น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 12.60 เมื่อพิจารณารายด้านที่มีระดับคะแนนค่อนข้างน้อย ได้แก่

ด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีระดับคะแนนในระดับดีมากและระดับดี น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.60) โดยเฉพาะเรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปาก ผู้สูงอายุเหมาะสม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบถูกเพียงร้อยละ 13.91 เท่านั้น เรื่องปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตอบถูกเพียงร้อยละ 26.77 และเรื่องสัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตอบถูกเพียง ร้อยละ 33.86

ด้านการตัดสินใจ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการตัดสินใจในระดับดีมาก ซึ่งมีค่าคะแนนในตัวเลือกสูงสุด คือระดับคะแนน 4 ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และพบว่าญาติผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ เพียงร้อยละ 13.12 และในเรื่องการปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุที่บ้านเริ่มมีอาการหลงลืมในบางเรื่อง ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เลือกตัดสินใจในระดับพอใช้ ซึ่งมีค่าคะแนนในตัวเลือก คือระดับคะแนน 2 ถึงร้อยละ 44.36

3. การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมในระดับดีมากและระดับดีถึงร้อยละ 71.65

เมื่อพิจารณารายด้าน จะเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง ดังนี้ ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.45 รองลงมาคือ แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.19 และคัดกรองและประเมินความเสี่ยงที่อาจจะทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 86.35 ตามลำดับ ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดช่องปากให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.31 ด้านการดูแลเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.56 รองลงมาคือ แนะนำการดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ และสอบถามอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละมื้อจากผู้สูงอายุหรือ

ญาติของผู้สูงอายุ หรือสังเกตอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานขณะที่ท่านปฏิบัติงานและเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.04 และคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.41 ตามลำดับ ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแนะนำในการป้องกันโรคสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.05

นอกจากนี้ยังพบว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ดีมากพอและค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนะนำการดูแลฟันปลอมให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 73.75 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 69.55 และคัดกรองตรวจฟันและช่องปากเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 69.29 ตามลำดับ ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและสอบถามจากญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 79.01 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตกิจกรรมกระตุ้นสมองให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 77.69 ตามลำดับ

4. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า มีปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ($B = 1.225$, $p\text{-value} < 0.01$) และด้านการสื่อสาร ($B = 1.129$, $p\text{-value} < 0.01$) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ($B = -2.451$, $p\text{-value} < 0.01$) มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 23.4

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี (ร้อยละ 95.80) สอดคล้องกับผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่คล้ายคลึงกันที่แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับดี อันจะเห็นได้จากการศึกษา

ของณิชารัตน์ นฤมลต์ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง การศึกษาของดาวรุ่ง เขียวกุล และคณะ (2565) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และ การศึกษาของเอกราช มีแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้านที่มีระดับคะแนนค่อนข้างน้อย ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนในระดับดีมากและระดับดี น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.60) โดยเฉพาะเรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปาก ผู้สูงอายุที่เหมาะสม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบถูกเพียงร้อยละ 13.91 เท่านั้น เรื่องปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตอบถูกเพียงร้อยละ 26.77 และเรื่องสัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตอบถูกเพียงร้อยละ 33.86 จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าในเรื่องดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในส่วนนี้ที่มากพอ นักสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอย่างเร่งด่วน และด้านการตัดสินใจ ถึงแม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับดีมากและระดับดี (ร้อยละ 75.07) แต่เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการตัดสินใจในระดับดีมาก ซึ่งมีค่าคะแนนในตัวเลือกสูงสุดคือระดับคะแนน 4 ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและพบว่าญาติผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือที่น้อยมาก (ร้อยละ 13.12) และในเรื่องการปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุที่บ้านเริ่มมีอาการหลงลืมในบางเรื่อง ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจในระดับพอใช้ (ร้อยละ 44.36) ซึ่งมีค่าคะแนนในตัวเลือก คือระดับคะแนน 2 พบว่าสอดคล้องกับด้านความรู้ความเข้าใจที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกับเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วใจ มาลีลัย และคณะ (2563) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง และการศึกษาของณัฐรดา แสคำ และคณะ (2563) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่นักสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งพัฒนาศักยภาพในเรื่องดังกล่าวเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวที่ถูกต้อง

2. การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและระดับดี (ร้อยละ 71.65) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับดีมากและระดับดี

แต่เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่ายังมีส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ดีมากพอและค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแนะนำการดูแลฟันปลอมให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 73.75 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 69.55 และคัดกรองตรวจฟันและช่องปากเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 69.29 ตามลำดับ และด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและสอบถามจากญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 79.01 รองลงมาคือ แนะนำและสาธิตกิจกรรมกระตุ้นสมองให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 77.69 ตามลำดับ

ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกับเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวที่ไม่ดีพอ จึงส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านดังกล่าวเช่นด้วยกันสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งเพชร บุญทศ และคณะ (2563) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านพฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของณัฐรดา แฮคำ และคณะ (2563) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และไม่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่นักสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพและมุ่งเน้นการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเด็นดังกล่าวให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการสื่อสารที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ และปัจจัยส่วนบุคคล คือ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อพิจารณาจำแนกรายปัจจัย มีดังนี้

การจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตาม
แผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตน
ให้ถูกต้อง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) จึงมีผลต่อวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และ
นำไปสู่การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ถูกต้องเช่นเดียวกันนั้น ($B = 1.225$,
 $p < 0.01$) จากผลการวิเคราะห์ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการจัดการตนเองใน
ระดับดีและระดับดีมาก (ร้อยละ 96.33) คือ ก่อนออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ใน
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 99.21) มีการปฏิบัติงานตาม
แผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 98.16) มีการทบทวนการ
ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของท่านทุกครั้งเพื่อปรับรูปแบบการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นและ
เหมาะสมขึ้นเสมอ (ร้อยละ 97.64) และออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการวางแผนการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 97.11)
โดยภาพรวมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับคะแนนการจัดการตนเองเพิ่ม
มากขึ้นจะส่งผลต่อระดับคะแนนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพิ่มขึ้น
เช่นเดียวกัน ($B = 1.225$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของเอกราช มีแก้ว และคณะ
(2565) ที่พบว่าจัดการตนเองเป็นทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ($B = 0.931$) การศึกษา
ของภมร ดรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ที่พบว่าจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อระดับ
พฤติกรรมสุขภาพ ($B = 0.486$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ
ด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการศึกษาของอัญชลี
จันทรินทรการ (2557) และการศึกษาของประไพพิศ สิงหเสม และคณะ (2562)

ด้านการสื่อสาร เป็นความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถ
สื่อสาร และโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน (กองสุศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านที่ถูกต้องนั้น ($B = 1.207$, $p < 0.01$) จากผลการวิเคราะห์พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านมีการสื่อสารในระดับดีและระดับดีมาก (ร้อยละ 95.28) คือ สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยน
ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ (ร้อยละ 98.42) สามารถอธิบาย
ซักถาม ได้ตอบ หรือสื่อสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้อื่นได้ (ร้อยละ
97.64) สามารถซักถามเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กังวลหรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ที่ไม่เข้าใจ หรืออยากเรียนรู้เพิ่มเติมจากผู้รู้ได้ (ร้อยละ 97.11) และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับ
และปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านได้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 95.27) โดยภาพรวมพบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับคะแนนการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อระดับคะแนนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ($B = 1.207$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของภมร ทรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ($B = 0.097$) และแจ่มจันทร์ วรรณปะเก และ ธนิตา ผาติเสนะ (2561) ที่พบว่า การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.211$, $p\text{-value} < 0.05$)

ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ มีคะแนนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ลดลง ($B = -2.451$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถใช้งานได้ ส่วนใหญ่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ ถึงร้อยละ 69.55 และสามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องตนเองให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ เพียงร้อยละ 26.51 ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 91.86 (อายุเฉลี่ย 54.30 ปี) ซึ่งเริ่มมีปัญหาทางด้านสายตาสอดคล้องกับการศึกษาของบุญนุช พิสิฐพัต (2562) ที่พบว่าภาวะสายตาสั้นหรือสายตายาวตามวัย (Presbyopia) ที่มักมีปัญหาเมื่อถึงวัย 40 ปีขึ้นไป และความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน จึงเป็นอุปสรรคในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานที่จะต้องคอยขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นอยู่เสมอ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของสารัช สุธาทิพย์กุล และพิทักษ์ ศิริวงศ์ (2560) ที่พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุคือการใช้งานและการทำความเข้าใจในการใช้งานสมาร์ตโฟน เนื่องจากมีความซับซ้อนในตัวระบบของเทคโนโลยีทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญในการใช้งานสมาร์ตโฟนอย่างมาก และการศึกษาของพนม คลีฉายา (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยี ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น การหลงลืม ภาษาอังกฤษ ความกังวลเรื่องความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้งาน ซึ่งนักสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มที่สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ และกลุ่มที่ไม่สามารถใช้งานได้ ไม่มีผลต่อคะแนนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ลดลง โดยกลุ่มที่ไม่สามารถใช้งานได้มีผู้น้อยอยู่ในกลุ่มสูงอายุ และไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้ แต่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานาน และมีตำแหน่งสูงในชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขจึงทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ดี

ทั้งนี้ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการสื่อสาร และปัจจัยส่วนบุคคลด้านความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) สามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 23.4 ดังนั้นนักสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรที่จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้มีทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง และสามารถใช้เทคโนโลยีสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนต่อไป เนื่องจากความสามารถในการร่วมทำนายนก่อนข้างน้อย เพียงร้อยละ 23.4 อาจเพราะว่าตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้าสมการทำนายได้ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ค่าความสามารถในการทำนายนน้อยกว่าร้อยละ 30 ซึ่งถูกกำหนดไว้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งผลการศึกษาอาจจะบ่งชี้ถึงข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ว่าบางตัวแปรนั้นอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาคำนวณน้อยเกินไปไม่ถึงจำนวนขั้นต่ำของตัวแปรนั้นที่สามารถคำนวณได้ จึงอาจทำให้ไม่สามารถเข้าสมการทำนายได้ และรวมถึงอาจมีตัวแปรอื่นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้

1.1 การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านตัดสินใจในเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุซึ่งมีระดับคะแนนค่อนข้างน้อย และปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องดังกล่าว มีระดับคะแนนค่อนข้างน้อยกว่าเรื่องอื่น ๆ จึงขอเสนอแนะให้นักสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจที่ถูกต้อง พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานและมุ่งเน้นในประเด็นดังกล่าวให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 การศึกษาในครั้งนี้ค้นพบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการสื่อสาร และปัจจัยส่วนบุคคลด้านความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ (สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ) นักสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาศักยภาพ ทักษะดังกล่าว ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถ

ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และสามารถใช้งานเทคโนโลยีเพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง คล่องตัว โดยไม่ต้องขอความเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

2.1 เสนอแนะให้มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาในรายละเอียดเชิงลึกของแต่ละในพื้นที่ บริบทและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการออกปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 เสนอแนะให้มีการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยอาจนำผลการศึกษาคั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ดีขึ้นเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

2.3 จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่รวดเร็ว ซึ่งประเทศไทย กำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) นั้นส่งผลต่อระบบสาธารณสุขในการดูแลการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุด้วยนั้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้หากไม่ได้เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับไว้จะยิ่งเป็นปัญหาและภาระของระบบสาธารณสุข ดังนั้นการเตรียมความพร้อมรองรับการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น และผลการศึกษาในครั้งนีพบว่า การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุในบางด้านอาจจะยังมีข้อจำกัดอยู่ นักสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and development) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานด้านดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และครอบคลุมทุกมิติเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มีความมั่นใจมีการปฏิบัติงาน

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม.ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม.สู่ อสค.*
กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม.หมอประจำบ้าน”*
ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *คู่มือการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น*
สำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). 3 หมอ “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน.”
เข้าถึงได้จาก <https://citly.me/2d5C8>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *ผู้สูงอายุ หมายถึง*. เข้าถึงได้จาก
<https://www.dop.go.th/th/know/15/646>
- กรมอนามัย. (2565). *ผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก
<https://bluebook.anamai.moph.go.th/>
- กรมอนามัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบ*
รู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1).
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*.
กรุงเทพฯ: นิเวศรรวมการพิมพ์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การเสริมสร้างและประเมิน*
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิเวศ
- รรวมการพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข*.
ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณ
- การพิมพ์.
- แก้วใจ มาลีลัย และคณะ. (2563). *ความรู้และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัคร*
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 51-60.

- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและพัฒน*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และ ชานันย์ หวานวาจา. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 40-57.
- จันทกานต์ วลัยเสถียร และเบญจมาศ อุนรัตน์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่นำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 27(1), 88-95.
- แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 4(พิเศษ), 176-185.
- ณิชารัตน์ นฤมลดี และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพะเยา จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(1), 108-119.
- ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, และ นิภา มหารัชพงษ์. (2025). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 257-272.
- พรรณนีย์ บุญมั่น. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย*. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ฉันทนันท์ สมบูรณ์รัตน์โชค และวิสันต์ ลมไธสง. (2563). การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 14(2), 12-22.
- ธิดาภรณ์ กำนันตน และโชติ บดีรัฐ. (2564). การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่. *Journal of Modern Learning Development*, 6(3), 237-249.
- ธัญชนก ชุมทอง. (2559). *รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง*. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ณัฐรดา แสคำ และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(4), 1-17.
- นิชนันท์ สุวรรณกัญ, สุภัทร นักรู้กำลังพัฒนา, อมรรัตน์ นระสนธิ์, และ วุฒิชัย ลำดวน. (2564). ปัจจัยสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 23(3), 18-26.
- ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรสียน, และ สุวรรณ ภัทรเบญจพล. (2557). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 9(พิเศษ), 82-87.
- บุญยง พิสิฐพยัค. (2562). หลักการของการรักษาภาวะสายตายาวตามวัย. *The THAI Journal of OPHTHALMOLOGY*, 33(2), 101-106.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี. [งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พนม คลีฉายา. (2561). การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุไทย. รายงานการวิจัย, สำนักการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
- ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 71-82
- ยุวดี รอดจากภัย. (2561). การส่งเสริมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ชลบุรี: บริษัท เก็ทกู๊ดครีเอชั่น จำกัด.
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2565). รายงานผลการดำเนินงานของ อสม. หมอประจำบ้าน ปี พ.ศ. 2565. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiphc.net/new2020>
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554, 20 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง. หน้า 1-10.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- รุ่งเพ็ชร บุญทศ และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี. *วารสารทันตภิบาล*, 31(2), 65-76
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

- วิเชียร มูลจิตร. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอตอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(1), 36-50.
- วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 35-44.
- ศาสน์ สุขประเสริฐ. (2558). *มาตรฐานสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในที่พักอาศัยและสถานที่สาธารณะ*. รายงานการวิจัย, สาขาวิชาวิศวกรรมโยธา, สำนักวิศวกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาหัส, สุขฤดี รัชชถุงการสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, วิถี ฐระธรรม, และภาสกรเนตรทิพย์วัลย์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 86-94.
- สหทัย ถึงรัตน์. (2556). *การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี*. วิทยาลัยการบริหาร รัฎีกา, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สารัช สุชาติพิทยกุล และพิทักษ์ ศิริวงศ์. (2560). *สภาพปัญหา และการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ตโฟนในพื้นที่บริเวณโดยรอบพระปิ่นเกล้า เขตบางกอกน้อย จังหวัดกรุงเทพมหานคร*. ใน: การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 9 "ราชมงคลสร้างสรรค์นวัตกรรมที่ยั่งยืนสู่ประเทศไทย 4.0" วันที่ 7-9 สิงหาคม 2560 ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี.นนทบุรี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์; 1200-1210.
- สุปริญา นุ่นเกลี้ยง และศิริลักษณ์ คัมภีรานนท์. (2562). *ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุบนพื้นฐานทุนทางวัฒนธรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้: ศึกษากรณี เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา*. รายงานวิจัย, คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร.(2564). *การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.*

2564. เข้าถึงได้จาก <https://bit.ly/3a6dWq4>

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561) *หุ่นดีและสุขภาพที่ดีได้ง่าย ๆ เพียงปรับ 4 พฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สัมเจริญพาณิชย์

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550).

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการอบรมผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อัญชลี จันทรินทรการ. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อารีย์ แร่ทอง. (2562). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 62-70.

อุไรรัตน์ คุ้มหมณี, ยุวดี รอดจากภัย และนิภา มหารัชพงษ์. (2563). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง*. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(1), 137-142.

เอกราช มีแก้ว, วัลลภ ใจดี, และ สุนิศา แสงจันทร์. (2565). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี*. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 74-87.

American Medical Association. (1999). *Health Literacy: Report of the council on Scientific Affairs*. Ad Hoc Committee on Health Association, 284, 552-557.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.) New York: John Wiley & Sons.

Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17(143), 1623-1634.

Joseph, F. H., William, C. B., Barry, J. B., & Rolph, E. A. (2018). *Multivariate bata analysis*. Shanghai: Donnelley.

Kosicka, B. et al. (2020). *The level of health literacy of seniors living in eastern region of*

Poland. preliminary study. Healthcare , 8(3) , p. 277, MDPI.

Nutbeam, D. (2017). *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.

Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century*. Health promotion international Oxford University.

Taguchi, A., Murayama, H., & Murashima, S. (2016). Association between municipal health promotion volunteers' health literacy and their level of outreach activities in Japan. *PloS one*, 11(10), e0164612.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva. Printed in Switzerland on recycled paper. WHO/HPR/HEP/98.1.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



เลขที่ IRB3-060/2566

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย: G-HS 036/2566

โครงการวิจัยเรื่อง: ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6

หัวหน้าโครงการวิจัย: นายอภิชาติ สบายใจ

หน่วยงานที่สังกัด: คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์):

อาจารย์ ดร.สุนิศา แสงจันทร์ หน่วยงานที่สังกัด: คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน: Exemption Expedited Full board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัย
ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|--|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 วันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 |
| 5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรรมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ มีรายนามดังต่อไปนี้

1. ศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน)
รองผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
3. นายยุทธพงษ์ ขวัญชื่น
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
รองผู้อำนวยการกองสุขศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๗๑๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑

ที่ อว ๘๑๓๗/๐๙๕๘

วันที่ ๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัชฌา วัฒนบูรานนท์ (คณะสาธารณสุขศาสตร์)

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุณิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยนิตได้ส่งเค้าโครงเล่มวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ) และเครื่องมือวิจัยไปให้ท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๐๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย





ที่ อว ๘๑๓๗/๗๖๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.กลางบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
จังหวัดนนทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุจินดา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน) และรองผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญนายชาติชาย สุวรรณนิตย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยนิตได้ส่งคำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ) และเครื่องมือวิจัยไปให้ท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน นายชาติชาย สุวรรณนิตย์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๓๗/๗๑๑๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหาคบวงแหวน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุเมธ แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น รองผู้อำนวยการกองสุศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญนายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยนิตได้ส่งคำโครงการเล่มวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ) และเครื่องมือวิจัยไปให้ท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังกล่าวตามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ
และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๔๓๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอคลองเขื่อน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองเขื่อน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุณิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๘ คน ในระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๕๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสิโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)





ที่ อว ๘๑๓๓๗/๑๔๒๘๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหาคบวงแสงน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอพานทอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุนิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวขังต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๗ คน ในระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตดังกล่าวขังต้นได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๔๕๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ศันทนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑนา รังสิโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)





ที่ อว ๘๑๓๗/๑๔๓๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย**
๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุณิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๘ คน ในระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังกล่าวข้างต้นได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสิโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ ยว ๘๘๓๗/๑๕๒๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคคุณภาพ)

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๑๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุนิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๗ คน ในระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสีโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสีโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๓๗/๑๔๖๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุณิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑๑ คน ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสียุภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสียุภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๓๗/๒๕๖๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สงครามปราสาท ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุนิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๘๒ คน ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มัทนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัทนา รังสิโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ ยว ๘๑๓๗/๑๕๖๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๔ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุณิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๙๙ คน ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสิโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ ยว ๘๑๓๗/๒๕๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย**เรียน** สาธารณสุขอำเภอชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนายอภิชาติ สบายใจ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๗๔๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖” โดยมี ดร.สุณิศา แสงจันทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๘๙ คน ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๓๙๕-๓๓๐๙ หรือที่ E-mail: 64920749@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสีโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสีโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)



ภาคผนวก ง
แบบสอบถามงานวิจัย



แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 โดยแบบสอบถาม มีจำนวน 11 หน้า (รวมหน้านี้) แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มี 6 ด้าน รวมจำนวน 28 ข้อ

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 8 ข้อ

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 3 การสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 6 การตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

นายอภิชาติ สบายใจ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ช่อง และ/หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง “.....” ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. โรคประจำตัว 1 ไม่มี 2 เบาหวาน
 - 3 ความดันโลหิตสูง 4 โรคหลอดเลือดสมอง
 - 5 โรคหัวใจและหลอดเลือด 6 โรคมะเร็ง
 - 7 โรคไตวายเรื้อรัง 8 ไม่ทราบ
 - 9 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
5. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
6. ระดับการศึกษา
 - 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ 2 ประถมศึกษา
 - 3 มัธยมศึกษาตอนต้น 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 - 5 อนุปริญญา/ปวส. 6 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - 7 สูงกว่าปริญญาตรี
7. สถานภาพสมรส
 - 1 โสด 2 สมรส
 - 3 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ 4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
8. อาชีพ
 - 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2 เกษตรกรรม/ปศุสัตว์
 - 3 รับจ้างทั่วไป 4 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - 5 บริษัทเอกชน 6 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน
 - 1 ไม่มีรายได้ 2 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน
 - 3 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน 4 มีรายได้ 10,001-15,000 บาท/เดือน
 - 5 มีรายได้ 15,001-20,000 บาท/เดือน 6 มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป

10. ความเพียงพอของรายได้ของท่าน

- 1 เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร 2 เพียงพอแต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ
 3 ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สินเล็กน้อย 4 ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สินมาก

11. ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวน.....ปี

12. ตำแหน่งในชมรม อสม.

- 1 ประธานชมรม อสม. 2 เลขานุการชมรม อสม.
 ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน
 ระดับตำบล ระดับตำบล
 ระดับอำเภอ ระดับอำเภอ
 ระดับจังหวัดขึ้นไป ระดับจังหวัดขึ้นไป
 3 สมาชิกชมรม อสม. 4 อื่น ๆ โปรดระบุ

13. ตำแหน่งอื่นในชุมชน

- 1 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 2 แพทย์ประจำตำบล/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
 3 สมาชิกเทศบาล/อบต. 4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

14. เขตที่อยู่อาศัย

- 1 ในเขตเทศบาล 2 นอกเขตเทศบาล

15. หน่วยงานที่กำกับดูแล

- 1 โรงพยาบาล 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โปรดระบุ.....

16. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ.....หลังคาเรือน

17. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี

17.1 ท่านสามารถใช้งาน แอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์

เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ ในระดับใด

- 1 สามารถใช้งานได้คล่องโดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ หรือแนะนำ
 2 สามารถใช้งานได้บ้างโดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ หรือแนะนำ
 3 ไม่สามารถใช้งานได้เลย

17.2 ท่านสามารถใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟน หรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ ในระดับใด

- 1 สามารถใช้งานได้ทุกแอปพลิเคชันหรือทุกโปรแกรมโดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ หรือแนะนำ
- 2 สามารถใช้งานได้บางแอปพลิเคชันหรือบางโปรแกรมโดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ หรือแนะนำ
- 3 ไม่สามารถใช้งานได้เลย

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ด้านที่ 1 ให้ทำเครื่องหมายวงกลม ○ หรือกากบาท X ที่ตัวเลือกที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ

1. ข้อใดเป็นการป้องกันผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม
 - ก. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว
 - ข. เลือกสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่มีขนาดพอดี ใช้รองเท้าหุ้มส้น มีดอกยาง ไม่ลื่น
 - ค. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในกรณีมีความบกพร่องในการเดินหรือทรงตัว
 - ง. ถูกทุกข้อ
2. ตัวเลือกใดเป็นปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
 - ก. อายุที่เพิ่มขึ้น อุปกรณ์ช่วยเดิน
 - ข. เพศ โรคประจำตัว
 - ค. ประวัติเคยหกล้มในอดีต สภาพแวดล้อม
 - ง. การรับประทานยา รองเท้าที่ไม่เหมาะสม
3. วิธีการปฏิบัติใดเป็นวิธีการปฏิบัติสุพันธุในผู้สูงอายุ
 - ก. รับประทานอาหารแข็งกรอบ และเหนียวในบางครั้งเพื่อบริหารฟันและกล้ามเนื้อในช่องปาก
 - ข. ทำความสะอาดช่องปากด้วยการบ้วนปาก หรือแปรงฟันหลังมื้ออาหาร
 - ค. เปลี่ยนแปรงสีฟันใหม่ทุก ๆ 6 เดือน
 - ง. พบหมอฟันอย่างน้อยทุก 1 ปี
4. วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสมคือตัวเลือกใด
 - ก. การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุควรต้องทำความสะอาดฟัน และบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย
 - ข. กรณีที่ใส่ฟันปลอม สามารถแปรงฟันปลอมในช่องปากได้โดยไม่ต้องถอดออก
 - ค. ทำความสะอาดลิ้นด้วยการบ้วนน้ำสะอาด

- ง. ข้อ ก. และ ข้อ ค.
5. ตัวเลือกใดไม่ใช่ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ
- ก. กินอาหารให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการ
 - ข. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ
 - ค. กินอาหารที่หลากหลาย โดยมุ่งเน้นความหลากหลายของอาหารประเภทไขมัน แป้ง และเนื้อสัตว์ต่าง ๆ
 - ง. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม
6. ในกรณีที่ผู้สูงอายุกินผักน้อย ตัวเลือกใดเหมาะสมที่สุด
- ก. สามารถกินผลไม้ทดแทนได้ทุกชนิด
 - ข. ควรกินผลไม้เพิ่ม โดยเลือกผลไม้หวานน้อย
 - ค. ควรกินเนื้อสัตว์เพิ่ม โดยเฉพาะเนื้อปลา
 - ง. สามารถกินอาหารอื่น ๆ ทดแทนได้ทุกประเภท
7. สัญญาณเตือนที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตัวเลือกใดไม่ถูกต้อง
- ก. มีอาการซึมเศร้า
 - ข. หลงลืมบ่อยกว่าเคย
 - ค. สับสนในการลำดับเหตุการณ์
 - ง. สมาธิสั้นวอกแวกง่าย
8. กิจกรรมในตัวเลือกใดเป็นการกระตุ้นความจำระยะยาว
- ก. ตาราง 9 ช่อง
 - ข. เล่าเหตุการณ์ที่ประทับใจ
 - ค. จำชื่อคนในกลุ่มที่เข้ากิจกรรมด้วยกัน
 - ง. สวดมนต์

คำชี้แจง ด้านที่ 2 - 5 ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามความจริงของท่าน

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน			
	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล				
9. ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่หลากหลาย เช่น เว็บไซต์ที่สาธารณสุข โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น				
10. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากสื่อต่าง ๆ ที่ตรงกับความต้องการของท่านได้ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข เฟสบุ๊ก ไลน์ กูเกิล เป็นต้น				
11. ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัย จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ที่สาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ ของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ				
12. ท่านสามารถเลือกข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้องได้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ที่สาธารณสุข โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ และอินเทอร์เน็ต				
ด้านที่ 3 การสื่อสาร				
13. ท่านอธิบาย ชักถาม ได้ตอบ หรือสื่อสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้กับผู้อื่นได้รับรู้และเข้าใจได้				
14. ท่านโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านได้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ				
15. ท่านกล้าที่จะซักถามเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กังวลหรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่เข้าใจ หรืออยากเรียนรู้เพิ่มเติมจากผู้รู้ได้ เช่น เว็บไซต์ที่สาธารณสุข				

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน			
	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
16. ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้				
ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง				
17. ก่อนที่ท่านจะออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ท่านกำหนด เป้าหมายในการปฏิบัติงาน				
18. ก่อนที่ท่านจะออกไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ท่านได้วาง แผนการปฏิบัติงาน				
19. ท่านปฏิบัติงานตามแผนในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม				
20. ท่านทบทวนการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของท่านทุกครั้ง เพื่อปรับปรุงแบบการปฏิบัติงาน ให้ดีขึ้น และเหมาะสมขึ้นเสมอ				
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ				
21. ท่านเลือกรับสื่อและตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้าน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะ เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้ เช่น รับจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือสื่อจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้				
22. ท่านวิเคราะห์ และประเมินข้อมูลด้านการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ จากสื่อต่าง ๆ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับ ผู้สูงอายุ และนำไปปฏิบัติได้				
23. ท่านมีการติดตามการเผยแพร่ข่าวสาร หรือความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา				
24. ท่านสามารถเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้				

ด้านที่ 6 การตัดสินใจ ให้ทำเครื่องหมายวงกลม O หรือกากบาท X ที่ตัวเลือกที่ตรงตามความจริงของท่าน

25. ขณะที่ท่านออกเยี่ยมบ้านและพบเห็นผู้สูงอายุหกหล่มท่านในฐานะ อสม. ควรปฏิบัติอย่างไรเป็นลำดับแรก

- ก. ช่วยเหลือ และให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้ตามปกติ
- ข. ช่วยเหลือ และแจ้งญาติผู้ดูแลให้ทราบ
- ค. ช่วยเหลือ และนำส่งโรงพยาบาลด้วยตนเองทันที
- ง. ช่วยเหลือ และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาดูแล

26. ถ้าหากท่านกำลังปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และพบว่าญาติผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ ท่านในฐานะ อสม. ควรปฏิบัติอย่างไร

- ก. อธิบายผลเสียของการไม่ดูแลสุขภาพช่องปากกับญาติที่ดูแล
- ข. แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาช่วยดูแล
- ค. อธิบายวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากกับญาติที่ดูแลผู้สูงอายุให้เข้าใจ
- ง. เรียกผู้อื่นหรือเพื่อนบ้านมาช่วย

27. เมื่อท่านพบผู้สูงอายุในชุมชนกำลังรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม จัด และมักรับประทานเป็นประจำ ท่านในฐานะ อสม. ควรปฏิบัติอย่างไร

ก. อธิบายผลเสียของการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม จัด แนะนำให้ค่อย ๆ ลด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทนั้น

ข. อธิบายผลเสียของการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม สูง และให้หยุดรับประทาน

ค. ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรณรงค์ และสร้างความตระหนักในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

ง. แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยให้ค่อย ๆ ลด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทนั้น

28. หากท่านได้รับแจ้งจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุที่บ้านเริ่มมีอาการหลงลืมในบางเรื่อง ในฐานะที่ท่านเป็น อสม. ท่านควรปฏิบัติอย่างไรเป็นลำดับแรก

- ก. คัดกรองเบื้องต้น และชักชวนผู้สูงอายุพูดคุยว่าจำลูกหลานได้หรือไม่
- ข. คัดกรองเบื้องต้น และแนะนำญาติให้พาไปรักษา
- ค. คัดกรองเบื้องต้น และแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาคัดกรอง
- ง. คัดกรองเบื้องต้น และบอกว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามความจริงของท่านเมื่อท่านออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านคัดกรอง ให้คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกครั้งที่ออกปฏิบัติงาน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านคัดกรอง ให้คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของออกปฏิบัติงานทุกครั้ง

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านคัดกรอง ให้คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ น้อยกว่าร้อยละ 50 ของออกปฏิบัติงานทุกครั้ง

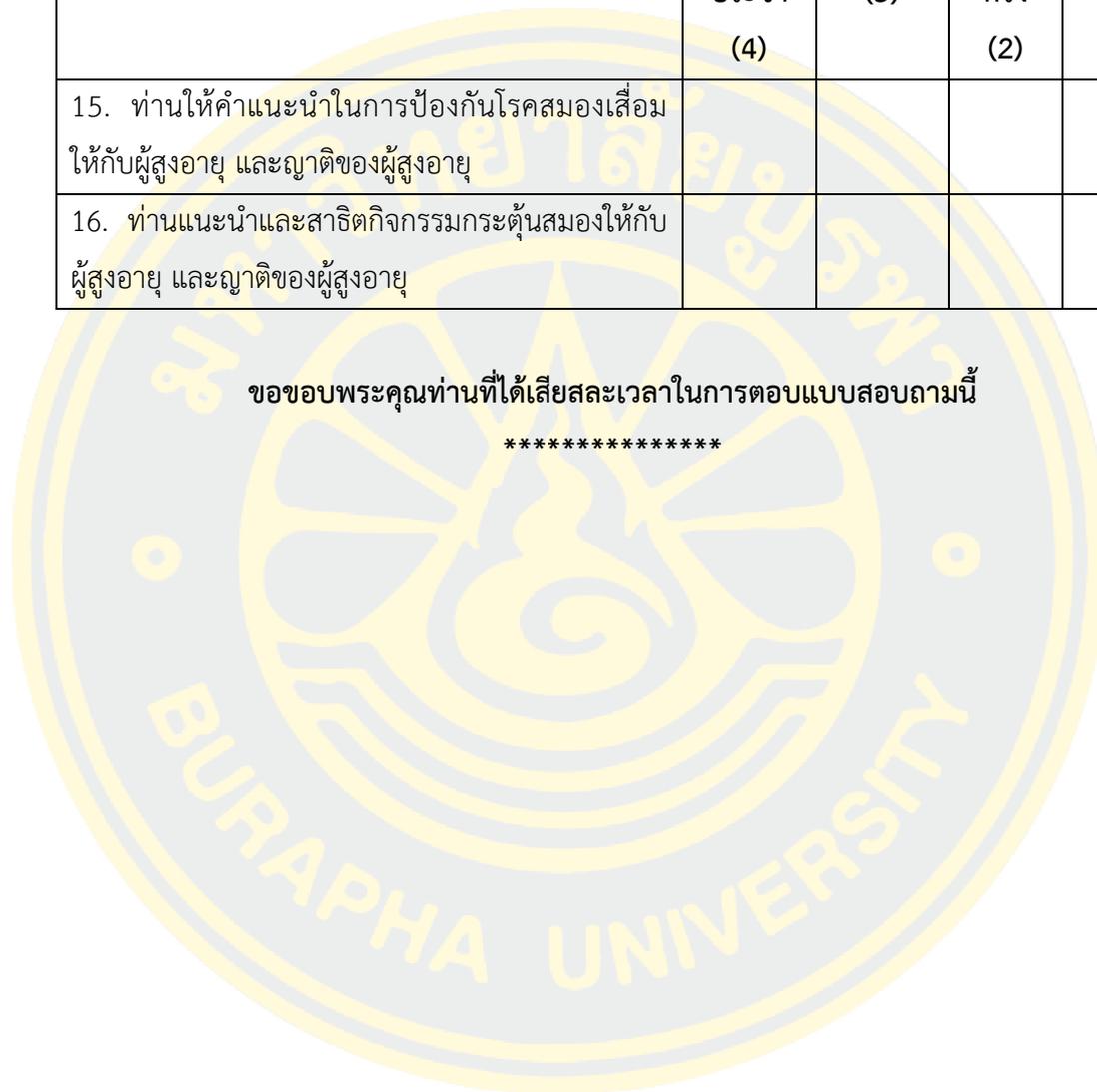
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ทุกครั้งที่ท่านออกปฏิบัติงาน ท่านไม่คัดกรอง ไม่ให้คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเลย

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน			
	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติเลย (1)
ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ				
1. ท่านคัดกรองและประเมินความเสี่ยงที่อาจจะทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม เช่น ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย เป็นต้น				
2. ท่านให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
3. ท่านแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
4. ท่านแนะนำการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
ด้านการดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ				
5. ท่านคัดกรองและตรวจฟันและช่องปากเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ				

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (1)
6. ท่านให้คำแนะนำในการดูแลความสะอาดช่องปากให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
7. ท่านให้คำแนะนำการดูแลฟันปลอมให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
8. ท่านให้คำแนะนำและสาธิตการบริหารกลัมน้ำช่องปากให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
ด้านการดูแลเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ				
9. ท่านคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ				
10. ท่านให้คำแนะนำการดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลน้ำหนักตัว การดูแลเส้นรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน หรือควรหลีกเลี่ยง เป็นต้น				
11. ท่านสอบถามอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละมื้อจากผู้สูงอายุ หรือญาติของผู้สูงอายุ หรือสังเกตอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานขณะที่ท่านปฏิบัติงาน และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ				
12. ท่านให้คำแนะนำเรื่องอาหาร และโภชนาการให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
ด้านการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ				
13. ท่านคัดกรองและประเมินสมรรถภาพสมอง เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ				
14. ท่านสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และสอบถามจากญาติของผู้สูงอายุ				

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (1)
15. ท่านให้คำแนะนำในการป้องกันโรคสมองเสื่อม ให้กับผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				
16. ท่านแนะนำและสาธิตกิจกรรมกระตุ้นสมองให้กับ ผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ				

ขอขอบพระคุณท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามนี้





ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคล ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (n = 381 คน)	
	B	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
1. เพศ		
ชาย	-1.996	0.088
หญิง (Ref.)		
2. อายุ	0.045	0.288
3. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	-0.405	0.644
มีโรคประจำตัว (Ref.)		
4. ดัชนีมวลกาย	-0.150	0.122
5. ระดับการศึกษา		
≤ มัธยมศึกษาตอนต้น	-0.887	0.309
> มัธยมศึกษาตอนต้น (Ref.)		
6. สถานภาพสมรส		
เดี่ยว	1.964	0.038*
คู่ (Ref.)		
7. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.741	0.598
อาชีพอิสระ	-1.386	0.173
อาชีพรับจ้าง (Ref.)		
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน		
≤ มีรายได้ 10,000 บาท/เดือน	0.813	0.407
> มีรายได้ 10,000 บาท/เดือน (Ref.)		

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (n = 381 คน)	
	B	p-value
9. ความเพียงพอของรายได้ของท่าน		
เพียงพอ	1.244	0.169
ไม่เพียงพอ (Ref.)		
10. ระยะเวลาการเป็น อสม.	-0.012	0.792
11. ตำแหน่งในชมรม อสม.		
ไม่มีตำแหน่งในชมรม อสม.	-0.482	0.735
มีตำแหน่งในชมรม อสม. (Ref.)		
12. ตำแหน่งอื่นในชุมชน		
ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน	1.161	0.384
มีตำแหน่งอื่นในชุมชน (Ref.)		
13. เขตที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	0.324	0.713
นอกเขตเทศบาล (Ref.)		
14. หน่วยงานที่กำกับดูแล		
โรงพยาบาล	4.429	0.107
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.604	0.483
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Ref.)		
15. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	0.066	0.251

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (n = 381 คน)	
	B	p-value
16. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน “สมาร์ตอสม.” ผ่านสมาร์ตโฟน หรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ		
สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำอื่น ๆ (Ref.)	1.591	0.069
สามารถใช้งานได้โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำอื่น ๆ (Ref.)	-1.778	0.041*
17. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้งานแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมอื่น ๆ ผ่านสมาร์ตโฟน หรือคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ		
สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำอื่น ๆ (Ref.)	3.028	0.002*
สามารถใช้งานได้โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำอื่น ๆ (Ref.)	-3.624	0.000*

หมายเหตุ ปัจจัยที่ 16 สร้าง Dummy จำนวน 2 Dummy คือ

Dummy ที่ 1 สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ กำหนดให้เป็น 1 และอื่น ๆ กำหนดให้เป็น 0 (Ref.)

Dummy ที่ 2 สามารถใช้งานได้โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ กำหนดให้เป็น 1 และอื่น ๆ กำหนดให้เป็น 0 (Ref.)

ปัจจัยที่ 17 สร้าง Dummy จำนวน 2 Dummy คือ

Dummy ที่ 1 สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ กำหนดให้เป็น 1 และอื่น ๆ กำหนดให้เป็น 0 (Ref.)

Dummy ที่ 2 สามารถใช้งานได้โดยต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือแนะนำ กำหนดให้เป็น 1 และอื่น ๆ กำหนดให้เป็น 0 (Ref.)

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปรปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (n=381 คน)	
	B	p-value
ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		
1. ความรู้ความเข้าใจ	-0.470	0.142
2. การเข้าถึงข้อมูล	1.267	0.000**
3. การสื่อสาร	1.916	0.000**
4. การจัดการตนเอง	1.862	0.000**
5. การรู้เท่าทันสื่อ	1.751	0.000**
6. การตัดสินใจ	0.117	0.646
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวม	0.532	0.000**

** p-value <0.01 , * p-value <0.05

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายอภิชาติ สบายใจ
วัน เดือน ปี เกิด	10 กรกฎาคม 2534
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	317 หมู่ 2 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว 27000
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2557 นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2563 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2564 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2557 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2567 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	ทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566