

ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในจังหวัดอุบลราชธานี

Factors Predicting to Caring Competency of Older People among Village Health
Volunteers in Ubon Ratchathani Province

นิชนันท์ สุวรรณภูมิ^{1*} สุภัทร นักรู้กำพลพัฒน์¹ อมรรัตน์ นระสนธิ¹ และ วุฒิชัย ลำดวง²
Nitchanun Suwannakoot^{1*}, Suvapat Nakrukamphonphatn¹, Amornrat Natason¹
and Wuttichai Lamduan²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต10 อุบลราชธานี

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University.

²Ubon Ratchathani Branch of National Health Security Office

*E-mail: nintuy_2507@hotmail.com

Receive: 02 Feb, 2021

Revised: 30 Jun, 2021

Accepted: 10 Aug, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 397 ราย อายุระหว่าง 19-60 ปี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76 ทศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุ ความเชื่อมั่น เท่ากับ .83 การสนับสนุนของครอบครัว ความเชื่อมั่น เท่ากับ .7 การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .74 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ความเชื่อมั่น เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 31.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ควรให้การส่งเสริมสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะ และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สมรรถนะการดูแล; ผู้สูงอายุ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The purpose of this research was to study factors of predicting caring competency for elders among the village health volunteers (VHVs). The participants consisted of 397 VHVs aged between 19 and 60 years old. The research instrument was a questionnaire consisted of three parts as follow; Part1 General information, Part2 Factors related to the older care competency were divided into six domains: 1) Knowledge of elderly care, 2) Attitudes towards caring for the elderly, 3) Elderly care policy perception, 4) Access to information about the elderly care, 5) Family support and 6) Staff support. The reliability of questionnaire were 0.76, 0.86, 0.90, 0.83, 0.70 and 0.74 respectively. Part 3 The elderly care competency reliability of the questionnaire was 0.90 and analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, Pearson, Pearson's product-moment correlation coefficient, and linear multiple regression analysis. The participants had moderate level scores of caring competencies. The analysis revealed a significant relationship in terms of statistics between the elderly's perception of healthcare policy, the years of experience among the VHVs, knowledge, access to information, the support from family and

other state officers, and the caring competency of older people. For predictive years of experience among the VHV's, access to information, staff support, and family support were 31.3 percent of VHV's competency. The result suggests staff should promote VHV's competency, bring family participation, and add more ways of communication.

Keywords: Competency Care, Older People, Village Health Volunteers

1. บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าของการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ร่วมกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอัตราการเสียชีวิตลดลง โดยจะเห็นได้จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นในปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 16.06-16.79 ของประชากร ในปี 2562 ประชากรทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 66,558,935 คน โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปกว่า 11,136,059 คน เมื่อจำแนกเป็นรายภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออก ตามลำดับ (3,532,115 คน, 3,215,275 คน, 2,287,470 คน, 1,382,155 คน, และ 719,044 คน) และเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกับจำนวนประชากรพบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 18.87, 17.77, 16.04) ตามลำดับ[1] มีคาดว่าประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 แสดงว่าอีก 4 ปี ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aged society) โดยสมบูรณ์ [2] คาดการณ์แนวโน้มของประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 12.4 ล้านคน เพิ่มขึ้น 17.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 [3] จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2559 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยดำเนินการออกแบบการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ให้ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพัฒนาการดูแลระยะยาว ใช้การพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการดึงเครือข่ายสุขภาพที่อยู่ในชุมชนซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนช่วยในการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม [4] อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญเชิงรุกในการขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพของชุมชน ด้านนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชิงรุก อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้นในปี 2552 โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานในชุมชนภาพกว้าง มีบทบาทให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนทุกช่วงวัยแบบไม่เป็นทางการ

เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมโรค การดูแลโรคเรื้อรัง เป็นต้น ไม่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้สูงอายุ จากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอยู่ในภาวะพึ่งพิง การบริหารจัดการระบบ LCT จึงออกแบบระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manger: CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ที่ต้องผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) [5]

มาตรฐานสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมด 7 ด้าน ประกอบด้วย สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชน และสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมชุมชน สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมามีผลกระทบต่อสุขภาพ และสามารถสร้างโอกาสให้กับเด็ก เยาวชน แก่นนำอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน [6] การพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นการทำงานตามยุทธศาสตร์การเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความรู้เชี่ยวชาญในสาขาอาชีพที่ปฏิบัติอยู่ มีทักษะ และทัศนคติที่ดีในการให้บริการ และต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก [7] และ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น เพศ การได้รับความรู้จากการอบรม แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณ การได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน [8] การศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนคือ การสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ และพัฒนาสมรรถนะ [9]

ทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนพบว่า จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่เพียงพอกับผู้สูงอายุที่

ต้องการการดูแล อีกครั้งยังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อเสนอแนะหน่วยงานในพื้นที่ควรสนับสนุนให้เกิดการขยายเครือข่ายของจิตอาสาและการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างจิตอาสากับระบบบริการสุขภาพของรัฐ [10] จะเห็นได้ว่าการศึกษасมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในผู้สูงอายุ การเสริมสร้างสุขภาพต้องอาศัยองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การสร้างเสริมสุขภาพตนเอง แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED MODEL [11] โดยแนวคิดนี้มีพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลมีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมก็เป็นการแสดงออกของสมรรถนะ

2. วิธีศู อุปกรณ์และวิธีการวิจัย

วิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Kreuter [11] ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ เป็นปัจจัยที่อยู่ภายในบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้สิ่งต่าง ๆ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่สนับสนุนหรืออยู่เบื้องหลังของพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงยีน (gene) และประสบการณ์ในวัยเด็ก มีผลต่อทัศนคติ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรม โดยมีการสนับสนุนจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม เช่น ทักษะต่าง ๆ ในการแสดงพฤติกรรมซึ่งบุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่าง ๆ ต้องอาศัยประสบการณ์หรือทักษะทางสุขภาพมากพอเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ ได้แก่ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทาง ค่าใช้จ่ายระยะทาง การเสียเวลา การยอมรับ เป็นต้น และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกที่ได้รับและส่งผลต่อการตอบสนองจากผู้เรียนรู้ให้เกิดการแสดงพฤติกรรม อาจได้รับการสนับสนุนหรือมีรูปแบบพฤติกรรม ประกอบด้วยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม หรือการสนับสนุน อิทธิพลจากครอบครัว ญาติ พี่น้อง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพโดยใช้การกระตุ้นเตือน การสนับสนุนหรือการยับยั้งการกระทำพฤติกรรม ในการส่งเสริมและจูงใจในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งอธิบายกรอบ

แนวคิดได้ว่า หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแล ประกอบกับมีนโยบายแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ได้รับการสนับสนุนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ ทรัพยากรบุคคล จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงข่าวสารที่เป็นประโยชน์และสะดวก ได้รับการยอมรับ ความเชื่อถือให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวมทั้งได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือ ขวัญกำลังใจ การชื่นชมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับการสนับสนุนด้านเวลา ขวัญกำลังใจ คำชมเชย การให้คำปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมุ่งมั่นตั้งใจ และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี ทำให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่สูงขึ้น (Figure 1)

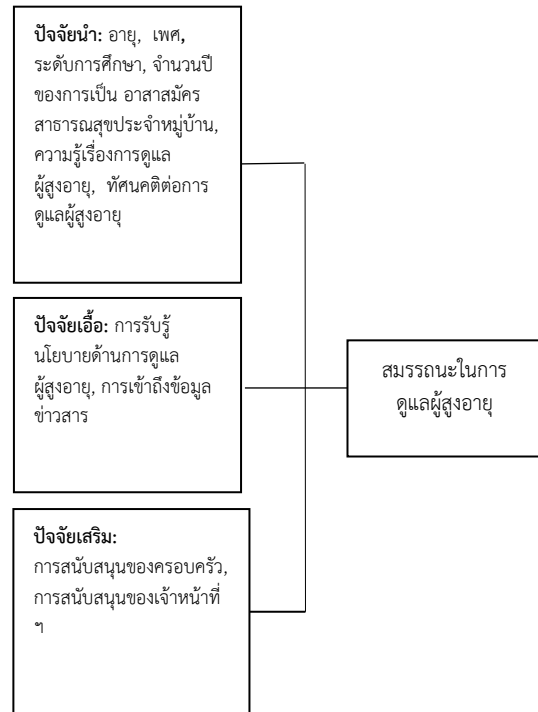


Figure 1 Conceptual framework

2.2 ตัวอย่างและการคัดเลือกตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถพูด สื่อสารภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการสุตรของ Taro Yamane (1970) จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 34,681 คน [12] กำหนดที่ระดับความคาดเคลื่อนที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายได้เพิ่มเป็น 400 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยได้แบ่งพื้นที่ตามรูปแบบการปกครองเป็น 4 ประเภท ประกอบด้วย เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และ องค์การปกครองท้องถิ่น จากนั้นได้จับสลากสุ่มหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพื่อเป็นตัวแทนประเภทละแห่ง รวม 4 แห่ง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากจากทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการจับสลากตามลำดับรายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิละ 100 คน

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Model [11] และสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [6] ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ระดับการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์การเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่องทางในการได้รับข่าวสารจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์ในการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกรับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกรับ คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และระดับสูง (11-15 คะแนน) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .76 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .77 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และระดับสูง (46-60 คะแนน) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ .86 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .75

2) แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็น ใช่ และไม่ใช่ หากตอบใช่ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่ให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .7 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .93 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 แปลผลคะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ (10-20 คะแนน) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารระดับสูง (31-40 คะแนน) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ .83 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .89

3) แบบสอบถามปัจจัยเสริม ประกอบด้วย แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือกรับคือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด เท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และระดับสูง (31-40 คะแนน) ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ .7 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .92 แบบสอบถามการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือกรับคือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด เท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่ระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และระดับสูง (31-40 คะแนน) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ .74 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .95

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือกรับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และระดับสูง (46-60 คะแนน) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มี

ลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ .90 ในการศึกษาคั้งนี้ได้เท่ากับ .92

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฝ่ายบริการการแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ และพยาบาลที่ดูแลงานด้านการเยี่ยมบ้าน/ การดูแลที่บ้าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1

2.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ UBU-REC-21/2563 ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังได้รับการชี้แจงครบถ้วนผู้วิจัยเชิญชวนผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือปฏิเสธ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่สื่อถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ผลดี ผลเสีย การถอนตัว การรักษาความลับและการนำเสนอผลการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะนัดหมายวันเวลาในการรวบรวมข้อมูล และในวันที่รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะได้ลงนามในเอกสารยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 30 นาที และส่งคืนให้กับผู้วิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติไคว์สแควร์ (Chi square test) สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) โดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา และการรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (nominal scale) กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้สถิติไคว์สแควร์ และตัวแปรความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่สนใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของครอบครัวและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ฯ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับช่วงชั้น (interval scale) ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการ

ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

3.1 ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้จำนวน 397 คน (ร้อยละ 99.25) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.90) อายุระหว่าง 19-60 ปี (Mean 52.15, SD = 8.78) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 71.60) มากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 57.40) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 39.80) รายได้เฉลี่ย 4,560.57 บาท โดยร้อยละ 73.62 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (Min-max = 0-50,000 บาท) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 81.40) มีประสบการณ์เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง 2-45 ปี (Mean 11.50, SD = 9.0) มีประสบการณ์ 1-5 ปี (ร้อยละ 32.00) รองลงมาคือ 6-10 ปี (ร้อยละ 27.20) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 75.30) รองลงมาคือ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (line) และโทรศัพท์ ตามลำดับ (ร้อยละ 41.80, 39.50) ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 72 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 42.10 ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 10.04, SD = 2.59) คะแนนทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 38.44, SD = 5.53) คะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 29.85, SD = 5.55) คะแนนการสนับสนุนของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 30.27, SD = 5.69) คะแนนการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 32.69, SD = 5.57) และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.23, SD = 5.89) (Table 1)

Table 1 Shows the level of interpretation of the variables

Variable	min-max	Mean (SD)	Level
Knowledge of elderly care	0-15	10.04 (2.59)	Well
Attitude towards caring for the elderly	22-60	38.44 (5.53)	mode rate
Access to information	10-40	29.85 (5.55)	High
Family support	10-40	30.27 (5.69)	High
Staff support	10-40	32.69 (5.57)	High

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การรับรู้

นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ ($X^2=0.15$, $p\text{-value}<.01$)
(Table 2)

Table 2 Chi square test between variables

Variable	Level of competency		df	X^2	p-value
	low	moderate			
Sex					
Male	31	19	1	.592	.250
Female	245	102			
Education					
Elementary education	100	39	1	.592	.493
More than elementary	176	82			
Perception elderly care policy					
No	93	11	1	26.340	.000
Yes	183	110			

จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ($r = .211$, $p\text{-value}<.01$) ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ
($r = .228$, $p\text{-value} < .01$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร($r=.480$, $p\text{-value}<.01$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r=.441$, $p\text{-value}<.01$)

value<.01) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($r =.458$, $p\text{-value} < .01$) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(Table 3)

Table 3 Pearson's correlation coefficient between study variables

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Age	1							
2.Number of years as a volunteer.	.325*	1						
3.Knowledge of elderly care	-.092	0.007	1					
4.Attitude	-.089	-.027	.361*	1				
5.Access to information	-.041	.181*	.329*	.197*	1			
6.Family support	.081	.231*	.272*	.139*	.532*	1		
7.Staff support	-.094	.117*	.318*	.164*	.664*	.533*	1	
8.Competency	.051	.211*	.228*	.085	.480*	.441*	.458*	1

* $p < .01$

ปัจจัยทำนายสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดย linear
multiple regression analysis ด้วยวิธี Stepwise จากตัวแปรที่
มีความสัมพันธ์แสดงใน Table 2, 3 โดยได้ทดสอบ
ข้อตกลงเบื้องต้น autocorrelation error by Durbin-Watson
statistic=1.166 และ multicollinearity, tolerance =0.435-
0.934 และ variance inflation factor (VIF) =1.071-2.299 ซึ่ง
ไม่มี autocorrelation และ multicollinearity [13] ผลการศึกษา
พบว่า โมเดลสามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 31.3 โดยมีตัว
แปรที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($F=29.646$, $p\text{-value} < .01$) โดยมีตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร
คือ จำนวนปีของการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ($\beta=.107$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\beta=.184$) การ
สนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($\beta=.188$) และการสนับสนุนของ
ครอบครัว ($\beta=.160$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า จำนวนปีของ
การเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(X_1) การเข้าถึง
ข่าวสาร (X_2) การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ (X_3) และ การ
สนับสนุนของครอบครัว (X_4) เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้
คะแนนสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เพิ่มขึ้น 0.069, 0.196, 0.195, 0.196 คะแนนตามลำดับ ดัง
สมการ $Y' = 9.942+0.069(X_1) + 0.196(X_2) + 0.195(X_3) +$
 $0.196(X_4)$ (Table 4)

Table 4 Factors influencing competencies as shown by linear regression analysis (N=398)

Variable	B	SE	β	t	Co-linearity	
					Tolerance	VIF
Constant	9.942	1.689		5.886**		
Number of years as a volunteer	.069	.028	.107	2.462*	.934	1.071
Knowledge	.095	.103	.042	.924	.862	1.159
Access information	.196	.068	.184	2.897*	.435	2.299
Staff support	.195	.054	.188	3.578**	.634	1.576
Family support	.196	.063	.160	2.666*	.488	2.047
Policy perception ^d	1.308	.706	.098	1.853	.634	1.577
$R^2=.31.3$, Adjust $R^2=.30.2$, $F=29.646^{**}$						

^d Dummy coded, **p-value <.01, *p-value<.01

3.2 การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งบริบทของชุมชนชนบททำให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเป็นหลัก และบุคคลภายนอกครอบครัวอาจไม่ได้เข้าไปมีบทบาทในการดูแลและทำไต่ถาม แต่อาจมีบางกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแล อยู่บ้านเพียงลำพังที่ต้องการการดูแลอย่างเต็มเวลา ซึ่งอาจต้องศึกษาในพื้นที่ที่มีกรณีดังกล่าวเพิ่มเติม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [14] จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะเวลา 5 ปี เป็นระยะเวลาที่สามารถเรียนรู้วิธีการช่วยดูแลผู้รับบริการในชุมชนและมีประสบการณ์ที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้

ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรู้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมสมรรถนะ [7] อธิบายได้ว่าการศึกษาคือสิ่งที่ทำให้บุคคลเพิ่มพูนความรู้ ซึ่งจะนำไปสู่สมรรถนะในการให้บริการ ปัจจุบันได้มีการส่งเสริมความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ทั้งในและนอกหน่วยงานที่เข้าไปมีส่วนในการส่งเสริม แต่อย่างไรก็ตามอาจต้องมีการวิเคราะห์ความต้องการองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลของผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในชุมชนนั้นมีความสำคัญและมีหลากหลายช่องทางซึ่งจากผลการศึกษา

ในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารนั้นมาจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีความสำคัญในการกระจายข้อมูลข่าวสารดังกล่าว

การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า การมอบนโยบายของพื้นที่มีความสำคัญกับแนวทางการดำเนินงานในชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ นอกจากการรับรู้แล้ววิธีการถ่ายทอดก็คงมีความสำคัญ ปัจจุบันมีการถ่ายทอดนโยบายได้แก่ การประชุมชี้แจง บันทึกข้อความ แจกในสื่อสังคมออนไลน์ แอปพลิเคชันไลน์ แต่ผลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างนี้มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจต้องประเมินการเข้าถึงข่าวสารของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เข้าถึงการสื่อสารอย่างทันท่วงที เดิมการสื่อสารด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยส่วนใหญ่ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายคือ หอกระจายข่าว [15] ซึ่งในยุคดิจิทัลนี้ การสื่อสารด้านต่าง ๆ ได้มีการปรับเปลี่ยน เช่น เจ้าหน้าที่ทำการประชาสัมพันธ์โดยตรง บันทึกข้อความ ไปสเตอร์สื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชัน หรือสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งมีประสิทธิภาพอีกช่องทางหนึ่ง แต่อย่างไรก็เลือกวิธีการสื่อสารไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดก็ตาม อาจต้องคำนึงถึง สาร ผู้รับสาร ระบบเครือข่าย และอุปกรณ์การสื่อสารเป็นสำคัญ

การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปัจจัยสนับสนุนจากชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน [14] ในด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่นั้นพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล ได้ให้การสนับสนุนเรื่องความรู้ โดยมีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการร่วมปฏิบัติงานในชุมชน และสนับสนุนอุปกรณ์ จะเห็นได้ว่านอกจากการส่งเสริมดังกล่าว ยังมีนโยบายด้านการเสริมแรงทางบวก โดยได้มีการประเมิน และประกวดชิงแบ่งเป็นระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ และ ระดับชาติ [16]

ในการส่งเสริมสร้างแรงทางบวกมีความสำคัญกับการทำหน้าที่ในชุมชน เนื่องจากชุมชนมีความหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตามการสนับสนุนของครอบครัวมีส่วนช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ประชาชนต้องให้การสนับสนุนด้วยเพื่อให้เกิดการทำงานได้อย่างเต็มสมรรถนะ [14] จึงสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่และครอบครัวมีความสำคัญ เพื่อเป็นการเสริมสร้างทางบวกอย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ที่ปัจจัยทำนายจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 31.3 โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพล มากที่สุดคือ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของครอบครัว และจำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเพิ่มสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านนั้นการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่มีความสำคัญ และการสนับสนุนดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ช่วยให้ สามารถทำงานได้อย่างราบรื่น แต่อย่างไรก็ตามในสังคมชนบทการอยู่ร่วมกัน การเป็นกันเองและการพึ่งพาอาศัยกันและกันของเจ้าหน้าที่กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากสังคมเมืองหรือกึ่งเมือง

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาความรู้ คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยนำ ร่วมกับได้รับปัจจัยเอื้อจากการได้รับรู้นโยบาย แนวทางปฏิบัติต่าง ๆ เป็นระบบ จากการสนับสนุนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ ทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงาน การเข้าถึงข่าวสารที่เป็นประโยชน์และสะดวก และได้รับการยอมรับ เชื่อถือให้มีส่วนร่วมในการ วางแผนดำเนินงาน ประกอบกับได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือ ขวัญกำลังใจ การยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่ฯ และการได้รับการสนับสนุนด้านเวลา ขวัญกำลังใจ คำชมเชย การให้คำปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสริม ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมุ่งมั่นตั้งใจ และมีแรงจูงใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่สูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ PRECEDE PROCEED Framework ที่มีความเชื่อว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยดังกล่าว [11]

4. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ด้านการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมความรู้เป็นประจำเพื่อการส่งเสริมสมรรถนะ และให้ครอบครัว

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการอบรมหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรม

2) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารในหลายช่องทาง เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติหน้าที่ได้

3) ด้านการวิจัยในครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรม ในการส่งเสริมสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

5. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สละเวลาในการให้ข้อมูล และขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

6. เอกสารอ้างอิง

- [1] Department of Older Persons. 2019. **Older statistics of Thailand.** <http://www.dop.go.th/th>. Accessed 10 April 2020. (in Thai)
- [2] National Statistics Office Thailand. 2014. **Older statistics of Thailand.** <http://www.nso.go.th/sites/2014>. Accessed 10 April 2020. (in Thai)
- [3] UNFPA. 2011. **Impact demographic change in Thailand.** <https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/demographic%20eng.pdf>. Accessed 17 February 2021. (in Thai)
- [4] National Health security office (NHSO). 2017. **Long term care.** <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE&MQ==>. Accessed 17 February 2021. (in Thai)
- [5] National Health Security Office. **Guideline to management Long term care Funding.** <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE2Mw==>. Accessed 17 February 2020. (in Thai)
- [6] Department of Health Service Support. 2011. **New Guidebook,** Bangkok: the Agricultural Cooperative federation of Thailand (in Thai)
- [7] Nuchanart, N., Petcharak, S. and Chaovalit S. 2018. A competencies development of village health volunteers of Suphan Buri Province. **Journal of MCU Peace Studies.** 6(2): 768-78. (in Thai)

- [8] Jukchai, P., Khuneepong, A. and Changkaew, W. 2017. Factors affecting the performance of village health volunteers (VHVs) of family care teams, Pathum Thani Province. **Journal of Public Health Nursing**. 31(1): 16-28. (*in Thai*)
- [9] Jitbantad, W., Ruangput, P., Sahairak, S. and Warapeang W. 2017. **Capacity building of community volunteers to be case manager of community dwelling elderly with disabilities**. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4808>. Accessed 12 December 2020. (*in Thai*)
- [10] Nakrukamphonphatn, S., Suwannakoot, N. and Natason, A. 2019. Experienced of village health volunteer to take care for patients in the community. **Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University**. 21(1): 109-16. (*in Thai*)
- [11] Green, I.W. and Kreuter, M.W. 2005. **Health program planning: An educational and ecological approach**. (4thed). New York: Emily Barrosse.
- [12] Taro Y. 1973. **Statistics: an introductory analysis**. (3rded). New York: Harper and Row Publication.
- [13] Koonkeaw A.2017. **Statistic for research**. Bangkok. Chulalongkorn University Printing House; (*in Thai*)
- [14] Jankaew, P. 2012. The participation of village health volunteers on disabled rehabilitation in Langu District, Satun Province. **Journal of Yala Rajabhat University**. 7(1): 73-84. (*in Thai*)
- [15] Natason, A., Sehaphun, N. and Pinthong, P. 2021. The effect of health information media toward nutritional knowledge, attitude toward food, food behavior and nutritional status in semi-rural community. **UBRU Journal for Public Health Research**. 1(2): 41-57. (*in Thai*)
- [16] Ministry of Public Health. (2017). **Guidelines and criteria for selection and evaluation of the work**. Nonthaburi Sitthichok. Printing House (*in Thai*)