

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

Model of developing the potential of village health volunteers in screening the health conditions of the elderly in 9 aspects, Mueang Kalasin District.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

พรทิพย์ ภูสง่า

Pornthip phoosa-nga

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน จำนวน 81 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลแอดลี (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หลังดำเนินการ รายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลแอดลี (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการ ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลแอดลี (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน, กิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลแอดลี (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the understanding of village health volunteers in screening the health conditions of the elderly in 9 areas and to study the model for developing the potential of village health volunteers in screening the health conditions of the elderly in 9 areas in Mueang Kalasin District. The study period is between January and March 2025. The sample consists of 81 village health volunteer representatives in screening the health conditions of the elderly in 9 areas. Data analysis is done by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the understanding of village health volunteers in screening the health status of the elderly in 9 areas, Mueang Kalasin District, and the understanding of village health volunteers in daily routines according to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index after the operation, item by item and overall, were at the highest level. The understanding of village health volunteers in screening the health status of the elderly in 9 areas, Mueang Kalasin District, and the understanding of village health volunteers in daily routines according to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index before and

after the operation were significantly different at the 0.05 level. After the operation, the understanding of village health volunteers in screening the health status of the elderly in 9 areas, Mueang Kalasin District, and the understanding of village health volunteers in daily routines according to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index were better than before the operation.

Keywords: village health volunteers, screening the health status of the elderly in 9 areas, daily routines According to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index

บทนำ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นิยามบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทยจากคานิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่าบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุได้ตามกฎหมายของประเทศไทยและจะได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและจะต้องเป็นสัญชาติไทยเท่านั้น นั่นหมายถึง ผู้ที่เดินทางเข้ามาทางานหรืออพยพลี้ภัยเข้ามาในประเทศไทย ไม่สามารถมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือใดจากรัฐทั้งปวง แม้ว่าจะเป็นผู้ที่เสียภาษีอากรให้แก่รัฐก็ตาม “ผู้สูงอายุ” เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสังคมและสาธารณสุขจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or Elderly person แต่ในส่วนขององค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ มักใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly person องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นกรนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกว่าไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศ

ต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุที่กำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45 – 55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55 – 75 ปี สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทยและรวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ¹⁰

เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายและจิตใจของเราต่างเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ภูมิ

ด้านทานที่เคยแข็งแรงเริ่มอ่อนแอลง ระบบอวัยวะต่างๆ ทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพเหมือนเดิม ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าในวัยอื่นๆ การเจ็บป่วยในวัยสูงอายุไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วยการฟื้นฟูร่างกายหลังเจ็บป่วยอาจเป็นไปได้ช้า และไม่สามารถกลับมาแข็งแรงสมบูรณ์ได้เหมือนเดิม ดังนั้น การป้องกันโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้พวกเขามีสุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น การป้องกันโรคจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้เราสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ⁹ ในวัยนี้ การดูแลสุขภาพพื้นฐานเป็นรากฐานสำคัญของการป้องกันโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และเหมาะสมกับสภาพร่างกาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการจัดการความเครียดและรักษาสุขภาพจิตที่ดี ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพเป็นประจำก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม การตรวจสุขภาพประจำปีช่วยให้เราสามารถค้นหาความผิดปกติหรือสัญญาณของโรคในระยะเริ่มต้นได้ การตรวจคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และมะเร็ง ก็ช่วยให้เราสามารถรักษาโรคได้อย่างทัน่วงที่ การฉีดวัคซีนเป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคต่างๆ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ และโรคติดเชื้ออื่นๆ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรง การดูแลสุขภาพแวดล้อมก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน การปรับ

สภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับ การปูพื้นกันลื่น และการจัดแสงสว่างให้เพียงพอ ช่วยป้องกันอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ก็ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ การดูแลสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วยป้องกันความเหงา และโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ⁶ เมื่อกล่าวถึงภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านที่ควรใส่ใจสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อและกล้ามเนื้อ ทำให้เคลื่อนไหวลำบากและเสี่ยงต่อการหกล้ม การออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การรำไทเก๊ก และการบริหารกล้ามเนื้อ จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงและลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม สุขภาพด้านการมองเห็นและการได้ยินก็สำคัญไม่แพ้กัน สายตาและประสาทหูของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงตามวัย ทำให้มองเห็นและได้ยินไม่ชัดเจน การตรวจสุขภาพตาและหูเป็นประจำ และการใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น แว่นตาและเครื่องช่วยฟัง จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวก สุขภาพด้านการรับประทานอาหารก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง และอาจขาดสารอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม ย่อยง่าย และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอ สุขภาพด้านการขับถ่ายก็เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ท้องผูกและปัสสาวะเล็ด การดื่มน้ำให้เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง และการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน จะช่วยบรรเทาปัญหาเหล่านี้ได้ สุขภาพด้านการนอนหลับก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก และนอนหลับไม่สนิท การจัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนให้เหมาะสม การ

หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอน จะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น สุขภาพด้านสมองและจิตใจก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ สมาธิ และอารมณ์ เช่น โรคอัลไซเมอร์และโรคซึมเศร้า การทำกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง เช่น การอ่านหนังสือ การเล่นเกม และการเข้าสังคม จะช่วยชะลอความเสี่ยงของสมองและลดความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า สุขภาพด้านช่องปากและฟันก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับฟันผุ เหงือกอักเสบ และฟันหลุด การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ และการพบทันตแพทย์เป็นประจำ จะช่วยรักษาฟันให้แข็งแรง สุขภาพด้านผิวหนังก็เป็นสิ่งสำคัญ ผิวหนังของผู้สูงอายุจะบางและแห้ง ทำให้เกิดรอยขีดและแผลได้ง่าย การทาครีมบำรุงผิว การดื่มน้ำให้เพียงพอ และการหลีกเลี่ยงแสงแดดจัด จะช่วยดูแลผิวหนังให้มีสุขภาพดี และสุดท้าย สุขภาพด้านสังคมก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว เนื่องจากสูญเสียบทบาททางสังคมและการติดต่อผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การพบปะเพื่อนฝูง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข⁹

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะถูกเล็กลงตั้งแต่เกิดโควิดเมื่อปลายปี 2563 กระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก็กลับเป็นขรรค์ พลังเหล่านี้ก็มี

ความมั่นคงตั้งภูมามา พร้อมที่จะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน³ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง โดยการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้คนไทยทุกคนรอบตัวมีหมอประจำตัว 3 คน ซึ่งมี อสม. เป็นหมอคนที่ 1 ใกล้ตัว ใกล้ชิดกับประชาชน ร่วมกับหมอคนที่ 2 และ 3 ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ปัจจุบันคนไทยส่วนใหญ่เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ในด้านปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโรคอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเกือบทุกพื้นที่ของประเทศ ไทย ทำให้มีโอกาสดูแลสุขภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรต่อไปในอนาคต และสาเหตุการตายของคนไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งในโรคระบบไหลเวียนโลหิต มักเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด โดยมุ่งเน้นให้ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) บทบาทของ อสม. ในฐานะ "หมอคนที่ 1" ตามนโยบาย 3 หมอ คือการทำหน้าที่ค้นหาและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านในชุมชนผ่านแอปพลิเคชัน "Smart อสม." ¹ ซึ่งจะช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นและนำไปสู่การวางแผนดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม โดยหมอคนที่ 1 เป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพในระดับชุมชน ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นตัวเชื่อมประสานการดูแล และช่วยเหลือส่งต่อ หมอคนที่ 2 และ 3 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁴

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

ขั้นตอนการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน หมู่บ้านละ 3 คน จากตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 10 หมู่บ้าน ตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 9 หมู่บ้าน และตำบลหนองกุง อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 8 หมู่บ้าน รวม 27 หมู่บ้าน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 81 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ โดยที่กิจกรรมหรือขั้นตอนในรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

- 1.1 การวิเคราะห์ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
- 1.2 การกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
- 1.3 การดำเนินการตามกิจกรรมในการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
- 1.4 การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบสอบถามความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ หมายถึงความเข้าใจในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้
 - มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
 - มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน
 - ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
 - น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน
 - น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .801

2.2 แบบสอบถามความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หมายถึงความเข้าใจในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้
มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้
(Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .899

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลแอต (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่า ก่อนดำเนินการ รายชื่อและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ รายชื่อและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

2. การเปรียบเทียบความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธล

แอต (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลแอต (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีวก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลแอต (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนดำเนินการ รายชื่อและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ¹³ ได้วิจัยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน 3) การนิเทศติดตามโดยพยาบาลวิชาชีพ และ 4) การสรุปบทเรียน ผลการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า อสม. มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วรณวิมล เมฆวิมล¹⁷ ได้วิจัยผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน โปรแกรม

ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การรู้คิด และความเสี่ยงในการดำรงชีวิต และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการคัดกรองสุขภาพโดยอสม.ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วีระชัย เปียกโธสง¹¹ ได้วิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก 6 ตำบล จำนวน 32 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (CVI = 1, Reliability = .78) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจและจำแนกภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ 2) การชี้แจงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 4) การจัดอบรม “การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” 5) การแบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผน 6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน 7) ประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 8) การประสานหน่วยงาน

ภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกัน ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการแตกต่างกัน ($p < .01$) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี สามารถนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนในด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาวต่อไป และสอดคล้องกันกับการศึกษาของ อรพรรณ ศรีเกิน¹⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะที่ 3 ประเมินผล ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือน มกราคม 2562 – พฤศจิกายน 2562 ผลการศึกษารายงาน 3 ส่วนประกอบด้วย ลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ กลุ่มที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน กลุ่มป่วยเรื้อรัง ติดเตียง และกลุ่มที่ต้องการให้การดูแลที่ย่างยาก ซับซ้อน งานบริการหลักสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และบทบาท หน้าที่หน่วยงาน กลุ่ม องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ นำใช้ประโยชน์จากงานวิจัย โดยนำรูปแบบ วิธีการรวมทั้งผลการวิจัยในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงการต่อยอดงานวิจัยในประเด็นอื่นได้อีกด้วย

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านและกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยประยุกต์มาจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (2564)² และคู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567)¹

ส่งผลให้ ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หลังดำเนินการ รวบรวมข้อมูลและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีวก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทศนีย์ รวีวรกุล²⁰ ได้วิจัยการพัฒนา

รูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม และ 3) การประเมินผลการใช้รูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย การคัดกรองใน 9 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ จริยธรรม โภชนาการ และการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว หลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครบถ้วนทั้ง 9 ด้าน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 92.7 และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ประเสริฐ อัสสันตชัย¹⁶ ได้วิจัยความแม่นยำของเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุชุมชน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแม่นยำของเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย 3 ชนิด ได้แก่ MMSE-Thai 2002, MoCA-T และ TMSE ในผู้สูงอายุชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 221 คน ผลการวิจัยพบว่า MMSE-Thai 2002 มีความไวร้อยละ 92.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.3 ที่จุดตัดคะแนน 24/25 MoCA-T มีความไวร้อยละ 85.7 ความจำเพาะร้อยละ 72.5 ที่จุดตัดคะแนน 24/25 และ TMSE มีความไวร้อยละ 80.8 ความจำเพาะร้อยละ 96.4 ที่จุดตัดคะแนน 27/28 การศึกษาสรุปว่า MMSE-Thai 2002 มีความแม่นยำสูงสุดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชุมชน และมีความเหมาะสมสำหรับการใช้งานโดยบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดนุกุล²² ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้

ส่วนเสีย และ 2) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของอสม. ก่อนและหลังการใช้รูปแบบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2) การฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรอง 3) การฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และ 4) การนิเทศติดตามผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบ อสม.มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 92.6 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สิริเศรษฐนันท์โร¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลหนองแสง อำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก ผลการวิจัย การพัฒนาแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลหนองแสง อำเภอบางพลี จังหวัด นครนายก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ชุมชนตาม 8 องค์ประกอบฯ และค้นข้อมูลเพื่อร่วม ออกแบบกิจกรรม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการนำของท้องถิ่นด้วยการร่วม ออกแบบกิจกรรม ร่วมดำเนินงาน และร่วม ประเมินผลกับทุกภาคส่วนในชุมชน 3) รวบรวมข้อมูลและระบุผู้มีส่วน ร่วมสำคัญ 4) ดำเนินงานตามแผน 5) การวิเคราะห์รายงานผล 6) การประเมินผล สภาพความต้องการของผู้สูงอายุ ในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม มีความต้องการมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการยอมรับในสังคม รูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ในชุมชน 3) การให้บริการสุขภาพเชิงรุกของเครือข่าย

บริการสุขภาพ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุ 5) การสร้างความมั่นคงในชีวิต โดย มีปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ คือ 1) บริการทางด้านสุขภาพ คือ การให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุก 2) ด้านเศรษฐกิจ คือ การส่งเสริม อาชีพของผู้สูงอายุ 3) ด้านสังคม คือ การส่งเสริมกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านให้มีกิจกรรมทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การสร้างระบบขนส่งสาธารณะในการให้บริการผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรพัฒนาการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากมีความความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอมืองกาฬสินธุ์ พบว่า รายชื่อและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง(ค่าเฉลี่ย=3.20, S.D. = 0.41 แปลผล=ปานกลาง)

3. ควรใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพโดยผสมผสานทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ควรมีการประชาสัมพันธ์งานสุขภาพภาคประชาชนและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ. คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567.
- 2.คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- 3.กรมสนับสนุนบริการ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2544.
- 4.กรมสนับสนุนบริการ. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ หลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม.หมอบริการบ้านปิงปองประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204252089496483.pdf
- 5.กรมสนับสนุนบริการ. แนวทางการจัดบริการ สุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานของ อสม.ในผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
[extension://bfgdoplmndidlpjfhiojckpakdkjkkil/pdf/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fosm.hss.moph.go.th%2Fuploads%2FOIT%2FO10_3.pdf](https://bfgdoplmndidlpjfhiojckpakdkjkkil/pdf/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fosm.hss.moph.go.th%2Fuploads%2FOIT%2FO10_3.pdf)
- 6.สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. “คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ” [อินเทอร์เน็ต]. [สถานที่พิมพ์ไม่ได้รับระบุ]; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1236>
- 7.ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจประเมินสุขภาพและสมรรถนะของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/cms-of-64/>
- 8.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual-guideline/manual-guideline-table/>
- 9.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สันติวิการพิมพ์ จำกัด; 2562.
- 10.มนัญญา ภูแก้ว. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://old.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=1536
- 11.วีระชัย เปียกโสง. การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา. 2566;5(1).
- 12.ธีรวัฒน์ ลาประวัตติ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;3(1).
- 13.เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, สุพัตรา ศรีวนิชชากร. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(2).
- 14.สิเรศสร นันทธีโร. การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2025/01/บทความเผยแพร่ในวารสาร-สิเรศสร.pdf>
- 15.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, นวลขนิษฐา ลิขิตลือชา, และ วรณภา ศรีธัญรัตน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการคัด กรองภาวะสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.). วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ. 2563;43(4).
- 16.ประเสริฐ อัสสันตชัย, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และ อรวรรณ ศิลปะกิจ. ความแม่นยำของเครื่องมือคัด กรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุชุมชน. จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่ง ประเทศไทย. 2564;104(2).
- 17.วรรณวิมล เมฆวิมล, รังสรรค์ มาระเพ็ญ และ นิพา ศรีชูเปี่ยม. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัคร สาธารณสุข ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(2).
- 18.ศุภนารี วรรณพงษ์, จงรักษ์ หงษ์งาม. ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา อำเภอ เมือง จังหวัดขอนแก่น: Factors Affecting Life Happiness of Elderly People: An Empirical Study in Amphoe Muang, Khon Kaen Province. Journal of Economics and Management Strategy. 2019;5(2).

- 19.อรรวรรณ ศรีเกิน. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(2).
- 20.ทัศนีย์ รวีวรกุล, สุนทรี ภิญโญมิตร และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(5).
- 21.รุจิรา ดวงสงค์, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(3).
22. ศิริพร จิรวัฒน์กุล, สมรักษ์ วันชัย และ ปราณี พงศ์ไพบุลย์. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตแห่ง ประเทศไทย. 2561;26(3).