



Competency Development of Health Volunteers (VHVs) in Efficient of the Elder Community Healthcare.

Suthatip Chantarak¹

Received	Reviewed	Revised	Accepted
17/11/2023	26/03/2024	30/03/2024	12/04/2024

Abstract

This research article has a purpose to (1) study the elders' healthcare situations ,healthcare management team (2) to evaluate the level of healthcare management of Health Volunteers (VHVs) in the elder community healthcare. (3) to study the relationship of the factors related to the handle community's elder healthcare and (4) The approach to competency development of health volunteers (VHVs) in Efficient of the Elder Community Healthcare.

This research is explanatory research ,cross-sectional study .Data were collected from 240 village health volunteers (VHVs) and 30 local health officials (Tambon health promoting hospitals' officials, villager headmen, and presidents of Tambon and district VHVs' clubs) among assigned areas of Saraburi, Trang, Petchaboon, Lopburi, Rayong and Nakhonratchasima. Statistics of descriptive basis, Pearson product-moment correlation, and Chi-square were used in this research. The result was found that (1)The elder's healthcare situations as being responsible, had been evaluated to be high level .(2)the opinion in healthcare management of Health Volunteers (VHVs) in the elder community healthcare were shown to be underrated. Moderate scores had been presented in policy perceiving, villager & community participation, and VHVs' accountability & development.The activities towards community elders, healthcare takers presented highest scores in handling of activities, accountability, and professionalism. Whereas moderate scores were observed in participation, key factors, and basic knowledge & skills., (3)The factors related to the handle community's elder healthcare, were skills and experiences and other factors were occupation, gender, age and income. Whereas marriage status, duration to take-in-charge as

¹ Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, E-mail: pasuta@gmail.com



VHVs had been addressed to be not correlated. and the highest relation to the VHVs for handling elder healthcare was the training curriculum and 4)The approach to development of are clear policies & communication, budgeting and equipments support ,effective training courses for VHVs and officials whom take-in-charge for community's elder healthcare .

Keywords: Competency development; Village Health Volunteers; Elder 's Community



การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

สุทธาทิพย์ จันทักษ์²

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของทีมจัดการสุขภาพ (2) เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นของ อสม. ต่อการจัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6 ด้าน (ด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความคิดเห็นต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. (3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (4) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย (Explanatory) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาในพื้นที่ตำบลที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ปีงบประมาณ 2563 ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ลพบุรี สระบุรี ระยอง นครราชสีมา และตรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Pearson Product-moment Correlation และไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย พบว่า (1) สถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของทีมจัดการสุขภาพ มีความรับผิดชอบ และมีการจัดการในระดับสูง (2) การประเมินระดับความคิดเห็นของ อสม. ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อการจัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง โดยมีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับสูง คือ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านความคิดเห็นต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และด้านคุณลักษณะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และความคิดเห็นในระดับปานกลาง คือ ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. มากที่สุด คือ ความถนัดในการดูแล

² กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, E-mail: pasuta@gmail.com



ผู้สูงอายุ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ของอสม.ส่วนอาชีพ เพศและอายุ และรายได้ มีความสัมพันธ์น้อย และสถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน ส่วนปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือการอบรมหลักสูตร การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ (4) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน การสื่อสารที่ชัดเจนและการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการมีหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพของคณาจารย์เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะ, อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.); ผู้สูงอายุในชุมชน

บทนำ

การพัฒนาประเทศครอบคลุมทั้งการพัฒนาในเชิงธุรกิจการพาณิชย์ เศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม บางครั้งรวมถึงความถึงความสามารถในการแข่งขันบนเวทีโลกด้วย (International Competition) ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาประเทศจึงได้มีการวางแผนพัฒนา ประเทศในรูปแบบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมีการวางแผนพัฒนา มาแล้วถึง 12 ฉบับนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ถึงฉบับปัจจุบันฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ในปัจจุบันรัฐบาลเห็นว่าการพัฒนาประเทศควรวางแผนระยะยาว จึงได้วางแผน ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี งานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นเป็นภารกิจหลักของของประเทศไทย และกระทรวงแรงงานที่ จะต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศและในโลกด้านทรัพยากรมนุษย์ ทั้งเรื่องการเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี 2579 กล่าวได้ว่าสังคมไทยเริ่มสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ด้วยจำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี จำนวนมากเกือบ 20% ของประชากรทั้งหมด และที่น่าสนใจ คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นหลายพันคน ผู้สูงอายุได้บันทึกสถิติไว้ พบว่าเมื่อสิ้นปี 2565 ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 12,698,362 คน หรือคิดเป็นจำนวน 19.21% ของประชากรทั้งหมด 66,090,475 คน ในจำนวนผู้สูงอายุกว่า 12 ล้านคนนี้เป็นชาย 5,622,074 คน และหญิง 7,076,288 คน (Department of Older Persons Affairs, Ministry of Public Health, 2023) ในปัจจุบันประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมสำหรับประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับนโยบายโดย ตามแผนในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การจัดสรรงบประมาณของรัฐ การเตรียมความพร้อมของ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในปัจจุบันการการใช้ชีวิตผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและสวัสดิการตามสิทธิหน้าที่ของการเป็นพลเมืองภายใต้บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ ซึ่งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยออกกฎหมายพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ซึ่งภาครัฐได้วางเป้าหมายไว้ในระดับชาติที่จะพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุไว้ใน



รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 48 วรรค 2 ว่า “บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบุรณและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ตามที่กฎหมายบัญญัติ (Royal Gazette, 2017, page 23)

จากสภาวะดังกล่าว ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่มีประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงขึ้นย่อมหมายถึง ภาระของรัฐ ชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดูแลค่าใช้จ่ายในการยังชีพ การดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสมที่ต้องสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งการจัดการดูแลโดยชุมชนนั้นถือเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ภาครัฐส่งเสริมให้กลายเป็นบทบาทของท้องถิ่นในการบริหารจัดการและจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานหลักเป็นผู้รับผิดชอบ ให้เกิดประสิทธิภาพแล้ว บุคลากรในหน่วยงานและคนในชุมชนก็มีส่วนสำคัญในการประสานงานและให้ความร่วมมือ อันได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร เป็นต้น จะเห็นว่าการจัดสวัสดิการเป็นบทบาทของท้องถิ่น แต่บทบาทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังคงเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งล้วนแล้วแต่มีส่วนช่วยในการหนุนเสริมให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเกิดประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน น่าจะทำให้การเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุลดน้อยลง และผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยระบบการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ถูกจัดตั้งขึ้นในประเทศไทยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 ภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก กระทั่งปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อทำให้เกิดความเข้มแข็งของสุขภาพตั้งแต่ ระดับบุคคล ครอบครัว หมู่บ้าน ตำบล และ อำเภอ ผลจากการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ได้ก่อให้เกิดเครือข่ายอันเป็นรากฐานอันเข้มแข็งครอบคลุมทั่วประเทศที่เห็นได้ชัดเจนคือ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้มแข็ง จำนวนกว่า 1,045,687 คน และเกิดความตระหนักในบทบาทของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน สำหรับการพัฒนามาตรฐานของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างคนให้มีศักยภาพทั้งด้านความรู้และด้านสุขภาพ และพบว่า การนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการพัฒนา ได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก มีการทำงานร่วมกันในหลายหน่วยงาน เกิดเครือข่ายการทำงานในมิติต่าง ๆ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดความเข้มแข็งของประชาชนทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ขอบเขตของการจัดเตรียมนโยบายทางยุทธศาสตร์ทางด้านสาธารณสุขพื้นฐานเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน การจัดการสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนให้สามารถช่วยในการขับเคลื่อนนโยบายต่างๆของรัฐในด้านสุขภาพ ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการตนเองได้ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ซึ่งประกอบด้วยความร่วมมืออย่างบูรณาการของหลายภาคส่วน โดยนำร่องในพื้นที่เป้าหมาย 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ลพบุรี



สระบุรี ระยอง นครราชสีมา และตรัง และหนึ่งในองค์ประกอบและเป็นกลไกการดำเนินงานที่สำคัญคือ การแสดงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเป็นนักจัดการสุขภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่กลุ่มวัยแรกเกิดจนถึงกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ตามข้อที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดและเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยการทำงานอย่างเข้าใจที่แท้จริง จึงจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมษายน. 2565) เมื่อพิจารณาถึงการแสดงบทบาทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. ที่มีประสิทธิภาพแล้วนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ให้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนั้น การได้ถึงถึงความต้องการในการสนับสนุนและการเสริมพลัง รวมถึงปัจจัยที่เอื้อต่อการทำงาน ของ อสม. จึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการนำมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อออกแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อในภาพรวม และนำไปใช้ในการพัฒนาระดับนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานให้สามารถสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของคนในสังคมที่สำคัญคือ การรู้ตนเอง รู้ถึงสมรรถนะขีดความสามารถของตนเองในการดำรงชีวิตอยู่ มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของทีมจัดการสุขภาพ
- 2) เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นของ อสม. ต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6 ด้าน (ด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความคิดเห็นต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6 ด้าน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย (Explanatory) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลและอำเภอใน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ลพบุรี สระบุรี ระยอง นครราชสีมา และตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 240 คน และทีมสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย จนท.รพ.สต. / อบต. / ผู้ใหญ่บ้าน/ ประธาน อสม. ตำบล / ประธาน อสม.อำเภอ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วิธีปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบสอบถามสำหรับทีมสุขภาพในพื้นที่ โดยมีส่วนประกอบของเครื่องมือ ดังนี้

ชุดที่ 1 : แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่เป้าหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ระยะเวลาการเป็นประธาน อสม. การได้รับการฝึกอบรม การดำรงตำแหน่งอื่น ๆ การอบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุ ประสพการณ์การในการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ข่าวสารจากการประชุม 2) ความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ความคิดเห็นต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4)ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะของตนเองและลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6) ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 7) ข้อเสนอแนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ชุดที่ 2 : แบบสอบถามเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในพื้นที่เป้าหมายของทีมสุขภาพตำบล 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) วิธีการ /ขั้นตอนการจัดการดูแลผู้สูงอายุใน 3) ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) การประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6 มิติ 5) ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



3. สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่กำหนด โดยการทดสอบ Pearson Product-moment Correlation และไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 สถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุของทีมงานสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 53.9 ปี และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมาร้อยละ 57.1 และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีถึงร้อยละ 42.6 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุถึงร้อยละ 87.5 ดูแลทั้งผู้สูงอายุที่ไร้ญาติ ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง และที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาล และผู้สูงอายุที่มีอยู่ในครัวเรือนที่รับผิดชอบ ผลประเมินระดับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในด้านต่างๆ 4 ด้านของทีมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการในระดับสูงคือ ด้านวิธีการ/ ขั้นตอนการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านการดำเนินการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านการประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามกรอบ 6 มิติ ส่วนด้านที่มีการจัดการสุขภาพในระดับปานกลางคือ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ระดับความคิดเห็นของ อสม. ต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6 ด้าน ความคิดเห็นของ อสม. ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 240 คน พบว่า

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลและอำเภอเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54.2 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมาร้อยละ 57.5 มีอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.7 รายได้เฉลี่ย 11,600 ต่อปีระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 14.66 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 41 ปี ระยะเวลาการในการเป็นประธานชมรม อสม. เฉลี่ย 2.13 ปี น้อยที่สุด ไม่เคยเป็นเลย และเป็นนานที่สุด 32 ปี การมีตำแหน่งอื่นนอกจากการเป็น อสม. ส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำท้องที่ (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 34.6 ส่วนผู้นำท้องถิ่น (เช่น นายก/ สมาชิก อบท.) เพียงร้อยละ 2.9 และไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่น ๆ เลย ร้อยละ 33.3 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 16.75 ± 10.380 น้อยที่สุด 6 หลังคาเรือน มากที่สุด 80 หลังคาเรือน อสม. มีการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 9.94 ± 8.349 น้อยที่สุดคือไม่ได้ดูแลเลย มากที่สุด 70 คน ซึ่งลักษณะของผู้สูงอายุที่ดูแลมีทั้งผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 8.18 ± 7.849 (0 - 67 คน) ผู้สูงอายุที่ติดบ้านเฉลี่ย 2.68 ± 1.887 (0 - 10 คน) และดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ย 1.56 ± 0.835 (0 - 5 คน) โดยที่ อสม. ส่วนใหญ่ จะได้รับรู้นโยบาย/ แนวทางการทำงาน/ หรือข้อมูลข่าวสารจากการประชุมประจำเดือนที่ รพ.สต. และจากการประชุมประจำเดือนของ อสม. สำหรับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ อสม. ส่วนใหญ่เคยดูแลผู้สูงอายุถึงร้อยละ 87.5 เป็นทั้งผู้สูงอายุที่มีอยู่ในบ้านหรือครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติ ร้อยละ 62.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีอยู่ในเขตครัวเรือนที่รับผิดชอบ ร้อย



ละ 57.1 เป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาล ร้อยละ 23.3 และดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ญาติร้อยละ 10.8 และเมื่อ อสม. ประเมินความถนัดของตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยพบว่า ส่วนใหญ่ประเมินความถนัดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 65.0 ส่วนความถนัดในการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยอื่นๆคือ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยแรกเกิดและทารก มีเพียงร้อยละ 10.8, 10.4 และ 10.0 ส่วนกลุ่มวัยรุ่นมีความถนัดเพียงร้อยละ 6.3 เท่านั้น

ผลการประเมินระดับความคิดเห็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีระดับความคิดเห็นที่อยู่ในระดับสูงคือ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านความคิดเห็นต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนระดับความคิดเห็นในระดับปานกลางคือ ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานกับความคิดเห็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. พบดังนี้

3.1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น อสม. และระยะเวลาการเป็นประธาน อสม. ทั้งในภาพรวมและรายด้าน 6 ด้าน ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ การประเมินความถนัดของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ 4 ด้าน (ด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) รองลงมาคือ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ 3 ด้าน (ด้านความคิดเห็นต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) ส่วนอาชีพมีความสัมพันธ์ 2 ด้าน (ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์เพียงด้านเดียวคือ เพศและอายุ (มีความสัมพันธ์ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) การศึกษามีความสัมพันธ์ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) และรายได้ (มีความสัมพันธ์กับด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ)



3.2) ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. กับความคิดเห็นการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. 6 ด้าน พบว่า การอบรมหลักสูตรนั้จัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยมีความสัมพันธ์มากที่สุด (ด้านที่มีความสัมพันธ์ คือ ด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) นอกจากนั้น มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางคือ การได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ด้านที่มีความสัมพันธ์ คือ ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และภาพรวม) การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 18 ชั่วโมง ด้านที่มีความสัมพันธ์ คือ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ด้านที่มีความสัมพันธ์ คือ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน) และการอบรมหลักสูตร Care Giver กรมอนามัย ด้านที่มีความสัมพันธ์ คือ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านคุณลักษณะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน)

4) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1) การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจไขมัน เครื่องเจาะเลือดตรวจเบาหวานไว้ในชุมชน ควรมีการอบรมชาวบ้านที่มีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน สนับสนุนให้บุตรและเครือญาติเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะดีกว่าคนอื่น อยากให้อบรมและตั้งทีมผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน โดยมีแพทย์เป็นที่เลี้ยงให้กับ อสม. ในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ และอยากมีงบประมาณให้กับอสม. ที่ดูแลผู้สูงอายุ การเยี่ยมตรวจโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆควรเข้าไปดูแลและหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล พร้อมทั้งการจัดอุปกรณ์และของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ประทัดใช้ รถเข็นของผู้สูงอายุ

2) การเพิ่มงบประมาณให้กับ อสม. ที่ดูแลผู้สูงอายุ มีค่าตอบแทนในการเดินทางไปเยี่ยมผู้สูงอายุ และอยากให้แก้ไขข้อระเบียบในการใช้งบประมาณ/สปสข. ซึ่งมีปัญหาเนื่องจาก จนท. รพ. สต. ไม่กล้าดำเนินงาน ทำให้ทำงานลำบากมาก

3) ควรจัดให้มีการแนะนำ การให้ความรู้หรือทำความเข้าใจกับญาติ / ลูกหลานในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และควรสร้างบรรยากาศการยอมรับในการทำงานของ อสม. ที่จะมาดูแลผู้สูงอายุ และควรให้ญาติมีส่วนร่วมดูแลมากกว่าให้อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นผู้ที่มีความอดทน เข้าใจ และเสียสละ มีจิตอาสาที่แท้จริง



4) ควรจัดให้มีหมอ และพยาบาล และนักกายภาพบำบัด ลงเยี่ยมผู้สูงอายุเพื่อความเชื่อมั่น จัดให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีส่วนร่วมกันดูแลและเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม.

อภิปรายผลการวิจัย

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ต้องมีการพัฒนาและจัดระบบที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน จนถึงสถาน บริการสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมและสร้างการรับรู้ให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ด้วยการบูรณาการ ปรับบทบาท หน้าที่ เพิ่มการประสานงานขององค์กร/หน่วยงาน แก๊ไขและปรับปรุง กฎระเบียบต่าง ๆ ระดมทรัพยากรทั้งหลาย สร้างบุคลากร และพัฒนารูปแบบและระบบต่าง ซึ่งสังคม และชุมชนสามารถร่วมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ในหลายรูปแบบ ดังนั้น การดำเนิน โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร้รอยต่อของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ในครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการฯ มีการสร้างการ รับรู้และชี้แจงทำความเข้าใจทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่และ อสม. ในพื้นที่เป้าหมาย กำหนดภาพฝันร่วมกัน จนกระทั่งเกิดแผนปฏิบัติการร่วมกัน และได้ศึกษาถึงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อใช้เป็น ข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาต่อไปด้วย และพบว่าทั้ง 6 พื้นที่เป้าหมายคือ จังหวัดเพชรบูรณ์ ลพบุรี สระบุรี ระยอง นครราชสีมา และตรัง มีการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ส่วนใหญ่กิจกรรมที่ ดำเนินการคือ 1) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2) การชี้แจงสื่อสารนโยบาย 3) การแต่งตั้งคณะทำงาน 4) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา 5) การจัดทำแผนงาน /โครงการ 6) การจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 7) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 8) การจัดบริการด้านสุขภาพเบื้องต้น เช่น วัดความดันโลหิต เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การบริการยาสามัญ ประจำบ้าน 9) การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุทั้งในลักษณะไปเองและไปร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึง ความเข้าใจแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนว่า ต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนให้กับชุมชน โดยการเป็นพี่เลี้ยงสร้างความรู้ความเข้าใจให้คนใน ชุมชน และการสนับสนุนให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมช่วยกันดำเนินการ สอดคล้องกับ Thammaphiphon, K. et al. (2012) เสนอว่า การจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน สามารถแบ่งออกเป็น 8 รูปแบบคือ 1) การดูแลตนเอง 2) การดูแลโดยครอบครัว 3) การดูแลโดยเพื่อนบ้าน 4) การดูแลโดยผู้นำ ชุมชน 5) การดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ 6) การดูแลโดย อสม. ทั้งในกรณีที่มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล และมีผู้ดูแล แต่ไม่ยอมดูแล 7) การดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ 8) การดูแลโดยสถานบริการ สุขภาพ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Poonpanich, Y. & Uthaisangpaisan, S. (2013) ที่เสนอว่า การส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุนั้น “การเยี่ยมบ้าน” จะเหมาะสมกับกลุ่ม ผู้สูงอายุที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองบ้างและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นบางกิจกรรม ส่วน



“การจัดให้มีผู้ดูแล” จะเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองและต้องพึ่งพาผู้อื่นดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถูกวิธี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแบ่งเบาภาระจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกครอบครัวยังคงสามารถสร้างผลผลิตให้แก่ชุมชนและครอบครัวได้ นอกจากนี้ Sukpaiboonwat, S. (2017) ได้เสนอว่า การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วอาจไม่เป็นปัญหาต่อการการคลังมากนัก หากผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพหรือมีคุณภาพในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะไม่เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัวและยังสามารถทำงานหาเลี้ยงตนเองเพื่อสร้างความมั่นคง รัฐควรส่งเสริมสนับสนุนที่เหมาะสมทั้งในมิติเศรษฐกิจและสังคม แรงงาน การศึกษา สาธารณสุขและสวัสดิการสังคม สร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะ ขยายอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น การดูแลสุขภาพสุขภาพอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ไม่เป็นปัญหาต่อครอบครัวและสังคม สามารถลดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐลงได้ แต่จากการศึกษาของ Saengprachakkun, S. (2014) พบว่าระดับคุณภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2554 อยู่ในระดับ ปานกลาง และวุฒิภาวะที่ดีที่สุดคือวุฒิภาวะด้านสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการดำเนินงานที่ผ่านมาของประเทศไทย โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่สิ่งที่ยังขาดหรือมีการดำเนินการน้อยคือ การจัดระบบข้อมูลและระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การระดมทุน ทรัพยากรและงบประมาณเพื่อนำมาใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การค้นหาผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินผลสำเร็จการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การลดลงของโรคหรือลดลงของปัญหาสุขภาพของชุมชน ฯลฯ และพบว่า ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุคือ การรับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ความร่วมมือของประชาชนและชุมชน และการเรียนรู้ การอบรมและการฝึกปฏิบัติการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

สรุปได้ว่า สถานการณ์การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของที่มีสุขภาพในพื้นที่ทั้ง 6 พื้นที่มีการดำเนินงานกันทุกพื้นที่ จากการที่มีนโยบายที่ชัดเจน มีการชี้แจงความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับมีความต้องการที่จะพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน โดยการเสริมพลังและศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ มาบูรณาการให้เกิดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดให้มีความยั่งยืนต่อไป

1. มีนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความชัดเจน เกิดทักษะและเกิดประสิทธิภาพ
2. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจน มีการวัดผลที่เห็นถึงผลสำเร็จของการดำเนินงาน



3. การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงคู่มือแนวทางต่างๆ ควรมีความเหมาะสมและคำนึงถึงผู้ที่ต้องใช้งานจริง
4. การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และการพัฒนาศักยภาพของการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุต้องมีความชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

- Dye, Thomas R. (1984). *Understanding Public Policy*. (5thed), Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice -Hall, Inc.
- Harris, D. (1987). *Justifying State Welfare*. Oxford: Blackwell.
- Kaschanon, P. et al. (2017). *Interdisciplinary studies for local development*. Bangkok: Ramkhamhaeng University.
- Paonil, W. (2007). *Support mechanisms and the role of public health volunteers*. Nonthaburi: Social and Health Research Institute.
- Public Health Support Division. (2014). *The evolution of primary health care in Thailand (1978-2014)*. Bangkok: Office of the War Veterans Organization Printing House.
- Public Health Support Division. (2014). *Training course for village health volunteers (VHVs) and community health managers in 2014*. Bangkok: Office of the War Veterans Organization Printing House.
- Public Health Support Division. (2017). *Guidelines and criteria for selecting and evaluating outstanding, excellent, and extremely excellent village health volunteers, and related regulations*. Nonthaburi: Sittichok Printing Partnership.
- Public Health Support Division. (2017). *Ministry of Public Health regulations on village health volunteers B.E. 2554, along with regulations related to village health volunteers*. Nonthaburi: Best Time Marketing Co., Ltd.
- Spencer, L. M., and Spencer, S. M. (1993). *Competency at Work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Spencer, L. M., Jr., Spencer, S. M. (1990). *Competency assessment methods: History and state of the art*. Boston: Hay/McBer Research Press.
- Timuss. Richard M. (1974). *Social Policy an Introduction*. London: Goerge.Allen& Unwin.

