



ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จังหวัดอุดรธานี



ศิวพร ชุ่มเย็น

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จังหวัดอุดรธานี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี"

ของ ศิวพร ชุ่มเย็น

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.ประภาพร เมืองแก้ว)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี
ผู้วิจัย	ศิวพร ชุ่มเย็น
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์จิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, บทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 265 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 63.32$, S.D = 8.37) ทิศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.667$, $p < 0.001$) โดยที่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = 0.304$, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.113$, $p = 0.010$) และการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ($\beta = 0.084$, $p = 0.029$) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีควรกำหนดให้มีนโยบายสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแล ติดตาม ให้ข้อมูล รวมทั้งการให้ขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนินอย่างต่อเนื่อง เกิดการเชื่อมโยงจากนโยบาย การดูแลสุขภาพของประชาชน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ



Title	FACTORS INFLUENCING ROLE PERFORMANCE AMONG THE CAREGIVERS FOR CARING OF THE DEPENDENT ELDERLY PEOPLE IN UTTARADIT PROVINCE
Author	SIWAPORN CHOOMYEN
Advisor	Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit, Ph.D.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2022
Keywords	Caregivers of dependent elderly, Dependent elderly, Functional role of caregivers of the dependent elderly

ABSTRACT

The objectives of this cross-sectional descriptive research were to investigate the functional performance among caregivers for dependent elderly people and to explore the factors affecting the functional performance among caregivers for caring dependent elderly in Uttaradit Province. The sample consisted of 265 caregivers of dependent elderly people, which was selected randomly and based on a systematic sampling. Research instrument was a questionnaire. Data were collected during October-December 2019. Data were then analyzed by statistics to determine frequency, percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression analysis.

The major findings indicated that the sample's functional performance was at a moderate level ($\bar{x} = 63.32$, S.D = 8.37). Attitudes on Health Care for Dependent Elderly, followed by public health officials support and high school education could jointly predict 66 % of the variation in the functional performance of caregivers of dependent elderly with a statistical significance level $R^2 = 0.667$, $p < 0.001$). Attitudes had the highest predictive influence on the functional performance of caregivers ($\beta = 0.304$, $p < 0.001$), followed by public health officials support ($\beta = 0.113$, $p = 0.010$), and high school education ($\beta = 0.084$, $p = 0.029$), respectively.

This research suggests that health care administrators should apply these research results for a policy to support from public health officials in caring, monitoring, providing information, as well as providing morale to caregivers, so that the operation of caring for the elderly continues. It was linked from the public health care policy, the caregivers and the elderly to receive quality care.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผศ.ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์จิตร
ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่
ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบ
คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือ
และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและทำการวิจัย รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกท่านที่
ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้กำลังใจและให้การ
สนับสนุนในทุกด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา รวมไปถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย
และเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยคุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงมีจาก
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะ
เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินงานและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

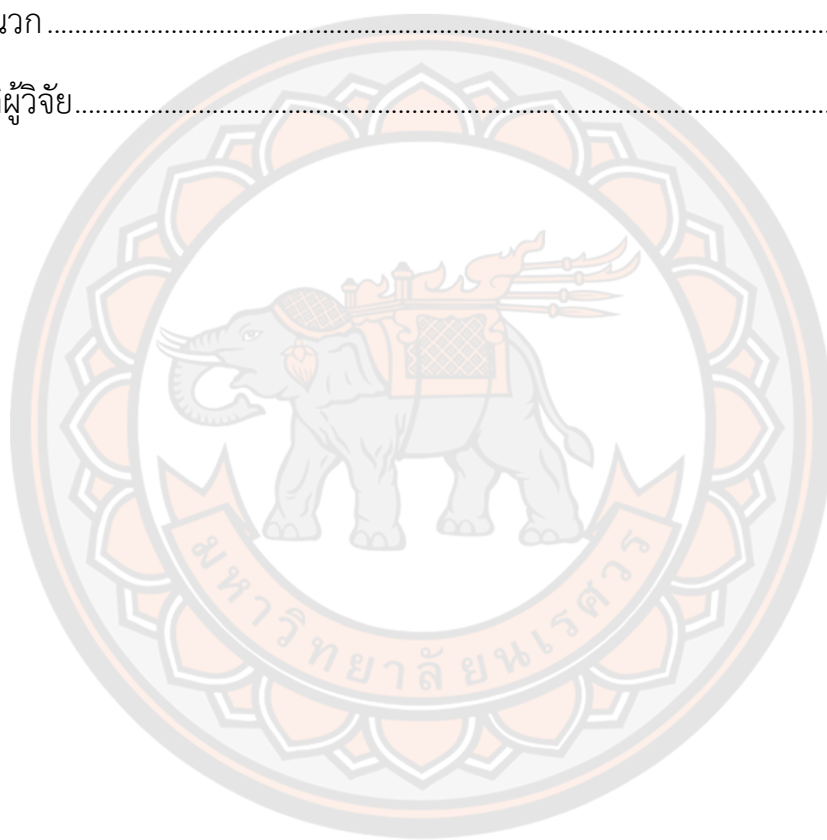
ศิริพร ชุ่มเย็น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ผู้สูงอายุ.....	7
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	12
นโยบายระบบการดูแลระยะยาว	13
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver).....	16
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน.....	19

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ	22
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การพัฒนาเครื่องมือและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย	54
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล.....	54
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง	57
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง.....	59
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน.....	62
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม.....	68
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง	75
ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression).....	80

บทที่ 5 บทสรุป.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	83
อภิปรายผล.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	89
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก.....	97
ประวัติผู้วิจัย.....	114



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 เนื้อหาหลักสูตรอบรม Care giver ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.....	18
ตาราง 2 แสดงจำนวน Care giver ในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดอุตรดิตถ์	37
ตาราง 3 แสดงจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการคิดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง	39
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 265)	55
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 265)	57
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ (n = 265)	57
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติ ภาพรวม (n = 265)	60
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 265)	60
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาพรวม (n = 265)	62
ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ (n = 265)	63
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n = 265)	63
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน (n = 265)	64

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จำแนกรายชื่อ (n = 265).....	64
ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับการยอมรับ (n = 265).....	65
ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการยอมรับ จำแนกรายชื่อ (n = 265).....	66
ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจค่าตอบแทน (n = 265).....	67
ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจค่าตอบแทน จำแนกรายชื่อ (n = 265).....	67
ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 265).....	68
ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากครอบครัว (n = 265).....	69
ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกรายชื่อ (n = 265).....	69
ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน (n = 265).....	70
ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน จำแนกรายชื่อ (n = 265).....	71
ตาราง 23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n = 265).....	71
ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายชื่อ (n = 265).....	72

ตาราง 25 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 265).....	73
ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกรายชื่อ (n = 265).....	74
ตาราง 27 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติตามบทบาท การทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ (n = 265).....	75
ตาราง 28 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตาม บทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนก รายชื่อ (n = 265).....	76
ตาราง 29 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. กับ การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ (Stepwise).....	81

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย..... 36



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้สูงอายุในประเทศต่างๆทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 962 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมดของโลก ซึ่งมีจำนวน ประมาณ 7,550 ล้านคน สำหรับประชากรของอาเซียน มีผู้สูงอายุขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2560 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17 และประเทศเวียดนาม มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11 สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมดประมาณ 65.5 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากจนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี ในปัจจุบัน ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณ ร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากกว่า ร้อยละ 6 ต่อปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560)

จำแนกข้อมูลผู้สูงอายุรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุ 10 อันดับแรก คือ จังหวัดแพร่ ร้อยละ 24.7, จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 24.2, จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 24.2, จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 24.2, จังหวัดลำปาง ร้อยละ 24.1, จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 24.0, จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 23.8, จังหวัดสุโขทัย ร้อยละ 23.4, จังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ 23.4 และจังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 22.8 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560)

นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปี 2560 มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยพบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากถึง ร้อยละ 5 หรือประมาณ 4 แสนคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีมากถึง ร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ในอนาคตอันใกล้ จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึง ร้อยละ 20 จำนวนประชากรสูงอายุที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคต เห็นได้ชัดเจนจากการที่ประชากรรุ่นที่เกิดเกินกว่าล้านคนต่อปี ระหว่างปี 2506-2526 กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอีกไม่ช้า อีก 20 ปีข้างหน้า

ประชากรกลุ่มนี้จะมีอายุ 53-73 ปี สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยจะสูงถึง ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559)

ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ ประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้น ส่งผลให้เพิ่มภาระของรัฐ ชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพค่าใช้จ่ายในการยังชีพและการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสมที่สูงขึ้นตามไปด้วย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัว และระบบการสนับสนุนในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ส่วนใหญ่มีปัญหาสภาพความไม่พร้อมทั้งกลุ่มช่วงวัยที่ต้องการการพึ่งพา รวมทั้งประสบปัญหาภาวะโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเช่นกัน พบว่าการดูแลจากอาสาสมัครที่มีอยู่ในชุมชนที่มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ในขณะที่พบปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการเยี่ยม ขาดการส่งต่อข้อมูล และขาดการเตรียมครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลที่จากการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ด้านสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (ศิริฉวี ศิริหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมพร้อมด้วยการระดมทรัพยากรทั้งหลาย สร้างบุคลากร ปรับบทบาทหน้าที่และเพิ่มการประสานงานขององค์กร/หน่วยงาน แก่ใจและปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ พัฒนารูปแบบและระบบต่างๆ ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมแก่ผู้สูงอายุที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต

ปี พ.ศ. 2557-2563 กองกิจการผู้สูงอายุ มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลยังกำหนดนโยบายให้มีระบบการดูแลระยะยาว และสนับสนุนงบประมาณ โดยมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีเป้าหมายสำคัญคือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การจัดบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมให้กับกลุ่มผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพิการหรือชราภาพ และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้นั้น โดยบริการทางด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการด้านสังคมมักเป็นการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน สุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมของความเป็นอยู่ บุคลากรที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในระบบ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) โดยทำหน้าที่เป็นบุคลากรที่ทำงานในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะ

พิงพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ในปี 2561 รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม มาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัด กรองสุขภาพผู้สูงอายุแล้วพบว่าสามารถ แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการดำเนิน ชีวิต ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพิงพิงหรือกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยัง แข็งแรงมีอาการเจ็บป่วย จนต้องอยู่ในภาวะพิงพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่มีภาวะพิงพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ประเทศไทยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิงพิง (Care giver) จำนวน 70,320 คน (สำนัก ออนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563) จากการดำเนินงานพบประเด็นปัญหาที่สะท้อนจากพื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่อิงระบบจิตอาสาต้องอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก มีปัญหาว่าอบรมมาแล้วหลาย ท่านไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึงผู้ดูแลบางคนก็มีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตนไม่ถนัด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร และบรรคม ลีระพันธ์, 2561) นอกจากนั้นปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลมักพบคือ ความร่วมมือของผู้สูงอายุหรือญาติโดยเฉพาะ ความร่วมมือในการแก้ปัญหาทางสุขภาพและการแก้ไขสภาพแวดล้อม เช่น การออกกำลังกายของผู้ สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ เอื้อต่อความสะดวกและปลอดภัยอุปกรณ์ดำรงชีพ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีปัญหาขาดงบประมาณสนับสนุนในการลงพื้นที่ ขาดยานพาหนะ ไม่สะดวกใน การเดินทาง ไม่สะดวกเรื่องเวลา ภาระที่ผู้ดูแลยังต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองและครอบครัว และ สุดท้ายผู้ดูแลยังต้องประสบปัญหาความเชื่อมั่นจากชุมชน เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ (ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชร ชวนะพันธ์, 2559) รวมถึงการขาดทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กิริติ กิจธีระวุฒิมวงษ์ และนิทรา กิจธี ระวุฒิมวงษ์, 2561)

ปี 2560 – 2563 พื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพิงพิงที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร จำนวน 643, 652, 721 และ 732 คน ตามลำดับ ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพิงพิง จำนวน 1,438, 1,542, 1,622 และ 1,762 ราย ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพิงพิง ต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ 1 ต่อ 2.24, 1 ต่อ 2.37, 1 ต่อ 2.25 และ 1 ต่อ 2.41 ตามลำดับ (เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข 1:10) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563) โดยจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะ พิงพิงที่ต้องได้รับการจัดทำแผนพยาบาลดูแล (Care Plan) มีจำนวน 753 คน และผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้รับการวางแผนการดูแลผ่านการจัดทำแผนพยาบาลดูแล (Care Plan) เพียงจำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 61.59 ขณะเดียวกันจากการนิเทศติดตามการดำเนินงานของจังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2561 พบปัญหาของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิงพิง (Care Manager) ในการสนับสนุนการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพิงพิง โดยพบว่าคุณภาพในการจัดทำแผนการดูแล

ของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager) บางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้วางแผนการดูแลได้ไม่ครอบคลุม และเมื่อนำไปพิจารณาอนุมัติแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ทำให้คณะอนุกรรมการเห็นปัญหาไม่ชัดเจน จึงต้องแก้ไขแผนการดูแลและกลับมาพิจารณาใหม่ หรือด้านการซักประวัติสุขภาพ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager) บางรายเลือกข้อมูลที่เป็นปัญหาด้านรายได้ สิ่งแวดล้อมมาเป็นปัญหาสำคัญ ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ไม่ผ่านการพิจารณาแผนการดูแล ส่งผลให้สูญเสียเวลาในการแก้ไข แต่การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้นตามไปด้วย ปัญหาที่ยังพบในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการทบทวนปัญหาการทำงานที่กล่าวมาบ่งบอกถึงการแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่มาก โดยบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุน และการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง เป็นที่น่าสังเกตว่าบางบทบาทเป็นปัญหาในเชิงปฏิบัติการ จึงน่าสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงการปฏิบัติและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำแนวคิดทฤษฎีการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์แทนด์ และออสบอร์น ทฤษฎีแรงจูงใจของ เฮอร์ชเบอร์ก และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2562

ขอบเขตด้านประชากร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตนเอง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง บุคคลซึ่งสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ได้แก่ 1) กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้ที่ดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL (Activities of Daily Living) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน 2) กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้ที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือ ทูพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผลที่ได้จากการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จนเกิดความเข้าใจ ประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเบื้องต้น การช่วยเหลือและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การสื่อสารกับผู้สูงอายุ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
4. ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกคิดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5. ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง สิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามบทบาทอย่างมีพลัง และมีคุณค่า ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ค่าตอบแทน การได้รับการยอมรับ และโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน เป็นต้น

6. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ การให้ข้อมูลในการแก้ปัญหาต่างๆ จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการให้รางวัล การให้กำลังใจ การนิเทศงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

7. การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกที่นำความรู้ ความเข้าใจมาใช้ ตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน ดังนี้

- 7.1 ให้การดูแล ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย
- 7.2 ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ
- 7.3 ให้การประคับประคอง เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกายและจิตใจ
- 7.4 ให้การสนับสนุน เช่น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ด้วยตนเอง ตามความสามารถที่มีอยู่ ให้คำชมเชย ยกย่อง เป็นต้น
- 7.5 เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุตรหลานและญาติมิตรกับผู้สูงอายุ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมี ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. ปัจจัยด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ และความพอใจต่อค่าตอบแทน ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ และชุมชน ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. นโยบายระบบการดูแลระยะยาว
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ
7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุ

ความหมายผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” (Older person) ว่าหมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกระบุว่า ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้คำนิยามสำหรับผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนี้ตามอายุเกิด หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือตามการกำหนดทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสภาพร่างกาย บางประเทศจึงมักจะนิยามผู้สูงอายุ โดยนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นกลุ่มที่เพิ่งย่างเข้าสู่วัยสูงอายุและมีจำนวนมากที่สุด เป็นช่วงวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลง โดยเปลี่ยนสถานะจากผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของสังคมมาเป็นกลุ่มคนที่ต้อง เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงจากสังคม 2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุจำนวนรองลงมา เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการ เจ็บป่วยและมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังที่ต้องระวัง อีกทั้งมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดน้อยลง และมี

พฤติกรรมเข้าร่วมกิจกรรมและสังคมน้อยลง 3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิความสามารถพึ่งพาตัวเองลดลงและ ต้องได้รับการดูแลจากลูกหลาน ญาติพี่น้อง พยาบาล หรือผู้ดูแลพิเศษ

การแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

เกณฑ์การประเมิน Barthel Activities of Daily Living: ADL การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563) ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้บ้าง พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การประเมิน Barthel Activities of Daily Living: ADL 10 ข้อ ดังนี้

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าทางปากได้ต้องมีคนป้อนให้, 1 = ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า และ 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ และ 1 = ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น, 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้, 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย และ 3 = ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้, 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือ ในบางสิ่ง และ 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้, 1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือ ประตูได้ 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย และ 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย, 1 = ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย และ 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้, 1 = ต้องการคนช่วย และ 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ และ 1 = อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั่นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ, 1 = กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และ 2 = กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้, 1 = กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) และ 2 = กลั่นได้เป็นปกติ

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ

กระบวนการชรา (Aging Process) เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน และมีความแตกต่างกันในแต่ละคนซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะ โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายใน ได้แก่ พันธุกรรม และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิต ความเครียด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากกระบวนการชราภาพนั้น ถือเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เราไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขได้อย่างไรก็ตามมักเกิดความเข้าใจผิดบ่อยๆ โดยคิดว่าการเปลี่ยนของร่างกายตามกระบวนการชราภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563) โดยการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่

ผิวหนัง บาง แห้ง เย็น มีอาการคัน มีจ้ำเลือด เซลล์สร้างเม็ดสีผิวทำงานลดลง สีผิวจางลง แต่อาจมีจุดด่างขาว สีดำ หรือสีน้ำตาลมากขึ้น เกิดเป็นการตกกระ

ต่อมเหงื่อ ลดน้อยลง การขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของอากาศไม่ได้ดี เกิดความรู้สึกหนาว ร้อน ไม่คงที่

ผมและขน ร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว หรือหงอก ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายหลุดง่าย ที่เห็นชัด คือ ขนรักแร้ทั้งนี้เนื่องมาจากรูขุมขนทำงานน้อย

ตา สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตายาว เลนส์หรือกระจกตาขุ่นเกิดต่อกระจกกล้ามเนื้อตาเสื่อม การปรับสายตาช้า ความไวในการมองภาพลดลง ทำให้ปวดเวียนศีรษะได้ง่าย มีน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งระคายเคือง ต่อเยื่อบุตาได้ง่าย

หู ประสานรับเสียงเสื่อมไปเกิดหูตึง แต่ได้ยินเสียงต่ำ ๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา หรือในระดับเสียงสูง

จมูก ประสาทรับกลิ่นบกพร่องไป ทำให้การรับรู้กลิ่นลดลง

ลิ้น รับรสอ่อนลง รับรสหวานสูญเสียก่อนรับรสอื่นๆ

ฟัน ฟู หักแตกง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอฟันร่นลงไป

ต่อมน้ำลาย ขับน้ำลายออกน้อย ทำให้ปากแห้ง

การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร น้อยลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลงน้อยลง อาหารอยู่ใน กระเพาะอาหารนานขึ้น ทำให้ท้องอืดง่าย เพื่อกินอาหารด้วยภาวะขาดอาหาร และโลหิตจางได้

ตับและตับอ่อน หน้าที่การทำงานเสื่อมไป อาจเกิดโรคเบาหวาน

การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ลดลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติท้องผูกเสมอ ประกอบกับไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

กระดูก ปริมาณแคลเซียมลดน้อยลง ทำให้กระดูกบาง เปราะ พรุน หักง่าย มีอาการเจ็บปวดกระดูกบ่อย

ข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง เจ็บปวด ข้อยึดติด เคลื่อนไหวลำบาก พบน้อยคือข้อเข่า ข้อสะโพก **กล้ามเนื้อ** เหนียว เล็กลง อ่อนกำลังลง ทำให้ทำงานออกแรงมากไม่ได้เพื่อย ล้าเร็ว และทรงตัวไม่ดี

ปอด ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเป็นเหตุให้การขยายและยุบตัวไม่ดีทำให้เหนื่อยง่าย

หัวใจ แรงบีบตัวน้อยลง ทำให้การหดตัวลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง และกล้ามเนื้อหัวใจ ไวต่อสิ่งเร้าลดลง

หลอดเลือด ผนังของหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้นเพราะมีไขมันมาเกาะ เป็นสาเหตุของ ความดันโลหิตสูง

ไต มีหน้าที่เสื่อมไป โดยเฉพาะส่วนที่ทำหน้าที่กรองของเสียต่างๆ ทำให้กำจัดของเสียในร่างกายได้ลดลง จึงเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพิษจากยาได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป

กระเพาะปัสสาวะ มีความจุลดลง จำนวนปัสสาวะค้างเพิ่มมากขึ้นหลังการถ่ายปัสสาวะ กล้ามเนื้อหูรูด ที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหย่อนไป ทำให้กลั้นปัสสาวะได้ไม่ดีทำให้ผู้สูงอายุต้องปัสสาวะบ่อยและอาจมีปัสสาวะ ราดได้ส่วนผู้สูงอายุชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก

ระบบประสาทและสมอง เสื่อมไปตามธรรมชาติทำให้รู้สึกชา ความจำถดถอย ความจำเรื่องราว ในอดีตความจำปัจจุบันไม่เกิดการเคลื่อนไหวช้า

ต่อมไร้ท่อ ผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง จึงทำให้หน้าที่ของฮอร์โมนเหล่านั้นลดลงไป

ต่อมเพศ ทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง

ปัญหาทางสุขภาพในผู้สูงอายุ

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563) ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูง สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะตรวจไม่พบสาเหตุ เชื่อว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยใหญ่ คือ

1.1 กรรมพันธุ์ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้จากหลักฐานทางระบาดวิทยา พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่บิดามารดาไม่เป็นยิ่งกว่านั้น ผู้ที่มีทั้งบิดาและมารดาเป็นความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมากที่สุด ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้นๆ

1.2 สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน การรับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ภาวะเครียด เป็นต้น

2. เบาหวาน เบาหวานเกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้เผาผลาญน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและขับออกทางปัสสาวะ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ จะทำให้หลอดเลือดเสื่อมและเสียหาย

3. ข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจะเริ่มมีการข้อเสื่อมขึ้นกับการใช้งานข้อและสภาพร่างกาย ถ้าน้ำหนักมากน้ำหนักจะกดกระดูกข้อ ข้อจะเสื่อมเร็ว ถ้าใช้งานข้อมากๆ เช่น เดินมาก ยืนมาก หรือเดินขึ้นลงบันไดมากๆ นั่งยอง ๆ มากข้อจะเสื่อมเร็ว

4. ภาวะสมองเสื่อม ภาวะที่ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำไม่ได้มักพบในผู้สูงอายุ ทำให้มีอาการหลงลืม การใช้ภาษาผิดปกติ พฤติกรรม และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

5. หลอดเลือดหัวใจตีบ อาการที่ควรรู้เจ็บแน่นหน้าอก มีลักษณะจำเพาะ คือ เจ็บตื้อๆ แน่นๆ หรือหนักๆ เจ็บที่กลางอก ใต้กระดูกหน้าอก หรือทางซ้ายบริเวณหัวใจ อาจร้าวไปที่ข้อศอกหรือ แขน คอ กราม เจ็บนาน 3-5 นาทีถ้าเจ็บนานเกิน 30 นาที

6. โรคมะเร็ง โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งช่องปาก มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง

7. โรคตาในผู้สูงอายุ ในขณะที่คนเรามีอายุมากขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดหดเลนส์ลูกตา จะอ่อนกำลังลงทำให้ลำบากในการเพ่งดูสิ่งของ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัตถุเล็กๆ โดยสายตางจะยาวออก และคนที่มึประวัติสายตาสั้นเวลามองสิ่งของใกล้ๆ กลับต้องถอดแว่นตาดูออก เมื่อสูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เป็นธรรมดาของร่างกายมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นใน การดำรงชีวิตและประกอบ กิจกรรมต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่จำกัด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต การพึ่งพิงนั้นอาจมีทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ในด้านจิตใจ ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด ADL (Activity Daily Living) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Bathel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมิน ความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะการอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บอกให้ทราบถึง ภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการด้านการดูแลและการจัด บริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มี (อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิต ประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง อันหมายถึง การดูแล ตนเองใน กิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การ เดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อ ชีวิตปกติเช่น การเดินทาง การซื้อ ของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุง หาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะ พึ่งพิง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทล หรือ ดัชนี ADL) ที่สูง ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากใน การใช้ชีวิตประจำวัน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)

นโยบายระบบการดูแลระยะยาว

ปี 2559 ต่อเนื่องมาจนถึงปี 2561 รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้น รัฐบาล จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ และมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว โดยระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความ ช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการ ต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การเกิดขึ้นของนโยบายของระบบการดูแลระยะยาวส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักและคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ต่างล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ คือ

1. ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริมและมีระบบส่งเสริมป้องกันฟื้นฟู และการดูแลระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
3. มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
4. ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแล ชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)
5. สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน และครอบครัว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ จึงมีดังนี้ 1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการ เชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว 2) การสนับสนุนการจัดระบบการ ดูแลระยะยาวฯ ในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับ การพึ่งพิง 3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วย เหลือดูแล ผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุน ในการจัดระบบการดูแล 4) ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคม ที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น ดังนั้น การออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ดังนี้

1. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการ ด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/ หมู่บ้าน/ครอบครัว)
2. คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาว ในอนาคต
3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหาร ระบบภายใต้การ สนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่
4. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ที่ผ่านการฝึก อบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุน

หลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท. แนวคิดในการพัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวฯ พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยใน ขณะนี้เป็นที่ยอมรับ กันทั่วไปว่า อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ สู่ชุมชน ปัจจุบัน กองทุนหลัก ประกันสุขภาพฯซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพ อยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุน การดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอด จนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งใน ทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจโดย ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จากนั้นผู้จัดการระบบฯ ประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละรายซ้ำ และประเมินความจำเป็นที่ ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข และจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำ และติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลประจุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผน การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีใดต้องเข้าไปสนับสนุนและ ช่วยเหลืออย่างไร ระบบการดูแลและครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุขโดยในกลุ่มติดเตียง ซึ่งมีภาวะ พึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแล ช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเคลื่อนไหวได้ จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระการดูแลในระยะยาว

การเข้าร่วมดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ หน่วยบริการ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทและแนวทางในการบริหารจัดการ ระบบจัดบริการ ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามแบบประเมิน ความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เฮลเอตีแอล และจัดทำเป็นฐานข้อมูล รวมทั้ง นำข้อมูลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADLเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้าน สาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชย ค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อ ประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

2. จัดให้มีผู้จัดการระบบฯ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะ อนุกรรมการLTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรวมถึงการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล

3. จัดให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อการจัดบริการเชิงรุกที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล

4. ติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการระบบร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่ คณะอนุกรรมการ LTC หรือ คณะอนุกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยทำหน้าที่เป็นบุคลากรที่ทำงานในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ บางคนอาจจะผ่านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ผู้ดูแลเหล่านี้จะได้รับการอบรม และได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ มีคุณสมบัติ คือ อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดีงาม และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยมีใบรับรองแพทย์ ระบุว่ามีความแข็งแรง และผ่านการอบรม โดยหลักสูตรอบรม มี 2 แบบ คือ หลักสูตร 70 ชั่วโมง และหลักสูตร 420 ชั่วโมง เมื่อผ่านอบรมครบ 420 ชั่วโมงและสอบรับประกาศนียบัตรแล้ว สามารถสอบขึ้นทะเบียนและได้รับการคุ้มครองทางด้านแรงงานได้รับค่าตอบแทน ส่วนหลักสูตร 70 ชั่วโมงนั้น ผู้สมัครเข้ารับการอบรมจะต้องมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีหนังสือรับรองจากโรงเรียนสถาบัน หรือสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

บทบาทหน้าที่ของ Care giver

บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ให้การดูแล ซึ่งได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลัก สุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุ

ราคาญาติบ้านเรือนใกล้เคียง และการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ และกรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

3. ให้การประคับประคอง เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกาย และจิตใจ การส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบ รวมถึงการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

4. ให้การสนับสนุน เช่น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ตามความสามารถที่มีอยู่ ให้คำชมเชย ยกย่อง เป็นต้น

5. เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุคลากรและญาติมิตรกับผู้สูงอายุ การสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด และการจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มตั้งแต่การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่ และจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งประยุกต์โดยกรมอนามัย จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องการสังคม (ติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) จากนั้นจึงจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลที่เหมาะสมกับแต่ละราย มีการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ กำหนดผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย มีการกำหนดการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/2 สัปดาห์ (2 ครั้ง/เดือน) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ครบถ้วน ทั้งนี้ผลจากการเยี่ยมบ้านทำให้สามารถจำแนกผู้สูงอายุตามการดูแลได้ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กลุ่มที่ 4 เหมือนกับกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการทำงานเป็นทีมเครือข่ายทำงานตามแผนที่เรียกว่า แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น Care giver

เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การฝึกอบรม

1. หลักสูตร อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ขึ้นไป
2. อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า (คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ, 2556)

ตาราง 1 เนื้อหาหลักสูตรอบรม Care giver ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื้อหาหลักสูตรอบรม	ทฤษฎี (ชั่วโมง)	ปฏิบัติ (ชั่วโมง)	รวม (ชั่วโมง)
1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ	1	-	1
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	1	-	1
3. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	2	1	3
4. ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	2	2	4
5. การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น	3	2	5
6. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพ หรือมี ปัญหา ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบ อวัยวะสืบพันธุ์	4	8	12
7. การเฝ้าระวังในวัยผู้สูงอายุ	2	-	2
8. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	6	3	9
9. สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ/ การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด	3	2	5
10. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	1	-	1
11. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1	1	2
12. สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/ กฎหมายแรงงานที่ควรรู้	1	-	1
13. บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	1	-	1
14. การจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ	1	1	2
15. การฝึกปฏิบัติงาน	-	20	20
16. การวัดและประเมินผล	1	-	1
รวม	30	40	70

โดยสรุปแล้วผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรอบรม มีบทบาทหน้าที่ในการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่ จำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลที่เหมาะสมกับแต่ละราย มีการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย มีการกำหนดการออกติดตาม และบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านรายงานต่อผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททั้ง 5 ด้าน ประกอบไปด้วย บทบาทให้การดูแล ให้การช่วยเหลือ ให้การประคับประคอง ให้การสนับสนุน และบทบาทผู้ประสานงาน

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

Bloom (1976) ให้ความหมายของ การปฏิบัติ (Practice) คือ ความสามารถในการนำความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมไปใช้อย่างเหมาะสมและถูกต้องในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในสถานการณ์ใหม่ๆ

ลัดดา รักษารยาบรรณ (2557) กล่าวว่า การปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกในทางที่ดีมีต่อการปฏิบัติงานในมุมมองหลายมิติ ซึ่งเกิดจากการรับรู้และการประเมิน ประสพการณ์ใน การทำงานของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีความกระตือรือร้นที่จะทำงานด้วยความเต็มใจ และมีความสุข

วิษณุ ตปสมปนโน (2563) ให้ความหมาย การปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำของบุคคล หรือการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดไว้ในภารกิจ บทบาท หน้าที่ ที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้บุคคลที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ปฏิบัติภาระหน้าที่นั้นๆ

ทวี โกสุมา (2564) ให้ความหมาย การปฏิบัติงาน หมายถึง การตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี และมีความเต็มใจในการปฏิบัติงานในอันที่จะทำให้ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน

ดังนั้น การปฏิบัติงานเป็นการนำความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนทัศนคติที่มีต่องานมาเป็น องค์ประกอบในการแสดงพฤติกรรม เป็นความสามารถเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการนำเอาความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจากการอบรมตามหลักสูตรอบรม มาปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยความกระตือรือร้น ความเต็มใจ และมีความสุขที่จะทำงาน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

นลพรรณ บุญฤทธิ์ (2558) ได้เสนอว่าการปฏิบัติงานของแต่ละคนจะถูกกำหนดโดย 3 ส่วน ดังนี้

1. คุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (Individual attributes) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 Demographic characteristics เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์

1.2 Competence characteristics เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับความรู้ความสามารถ ความถนัดและความชำนาญของบุคคลซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะได้มาจากการศึกษาอบรม และสั่งสมประสบการณ์

1.3 Psychological characteristics เป็นคุณลักษณะทางด้านจิตวิทยา ซึ่งได้แก่ทัศนคติค่านิยม การรับในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วย

2. ระดับความพยายามในการทำงาน (Work effort) จะเกิดขึ้นจากการมีแรงจูงใจในการทำงาน ได้แก่ ความต้องการ แรงผลักดันอารมณ์ ความรู้สึกความสนใจ ความตั้งใจเพราะว่าคนที่มีความตั้งใจในการทำงานสูงจะมีความพยายามที่จะอุทิศกำลังกายและกำลังใจให้แก่การทำงานมากกว่าผู้ที่มีแรงจูงใจในการทำงานต่ำ

3. แรงสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงาน (Organization support) ซึ่งได้แก่ค่าตอบแทน ความยุติธรรม การติดต่อสื่อสารและวิธีการที่จะมอบหมายงาน ซึ่งมีผลต่อกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลเกิดจากสภาพภูมิหลังของแต่ละคนที่ไม่เหมือนกัน สภาพร่างกายจิตใจการศึกษา ความรู้ความสามารถ ความถนัดต่างๆ โดยมีปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความแตกต่างจากการประเมินของผู้บังคับบัญชาแล้วให้คะแนนออกมาในระดับต่ำปานกลางและระดับสูง ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้ข้าราชการผู้นั้นมี ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่มากขึ้นเรื่อย ๆ

Schermerhorn, Hunt & Osborn (1991) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานว่า ผลของการปฏิบัติงานถูกตัดสินโดยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถ และประสบการณ์ของบุคคล รวมทั้งความพยายามในการทำงานของบุคคล ซึ่งแรงจูงใจมีผลโดยตรงกับระดับความพยายามในการทำงานของแต่ละบุคคล แรงจูงใจของแต่ละบุคคลจะบ่งบอกถึงความพยายามในการทำงาน หรือความสามารถที่จะสร้างผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการและเป้าหมายของตน การสร้างแรงจูงใจในการทำงานของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการได้รับรางวัลที่มีความเหมาะสมกับคุณค่าของงานที่ทำ นอกจากนี้การปฏิบัติงานยังขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากองค์กรในด้านต่างๆ เช่น บุคลากร

งบประมาณ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factors) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) คุณลักษณะส่วนตัว ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานซึ่งได้แก่

1.1 ลักษณะทางประชากร (Demographic Characteristics) เป็นตัวแปรที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ-สังคม ที่อยู่อาศัย ขนาดครอบครัว ลักษณะทางประชากรเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบอกถึงการปฏิบัติงานได้ จะต้องมามีสิ่งที่มาเกี่ยวข้อง คือ ความรู้ ความสามารถและลักษณะทางจิตวิทยา

1.2 ความรู้ความสามารถ (Competency Characteristics) เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถนั้นเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในงานนั้น สามารถคาดได้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติงานนั้นได้อย่างจริงจัง ดังนั้น ความรู้ความสามารถ แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือด้านกายภาพ (Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) ซึ่งสามารถใช้ผลการเรียนเป็นเครื่องชี้วัดถึงแนวโน้มของความรู้ความสามารถด้านสมองและการปฏิบัติงาน

1.3 ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Characteristics) เป็นการแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นและมีอิทธิพลที่ถาวรของแต่ละบุคคลลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น การรับรู้ ทัศนคติ ความต้องการ บุคลิกภาพ ความสำคัญของคุณลักษณะทางบุคคลขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความจำเป็นในแต่ละงานนั้น ๆ

2. ความเพียรพยายามในการทำงานของบุคคล (Work Effort) หรือแรงจูงใจของแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยกำหนดแรงขับภายในของตัวบุคคล ทำให้เกิดคุณลักษณะเฉพาะต่อระดับและแนวทางของความพยายามในการทำงาน ซึ่งการมีแรงจูงใจในการทำงาน

แรงจูงใจ หมายถึง อิทธิพลภายในของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับระดับการกำหนดทิศทางและการใช้ความพยายามในการทำงานอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นสภาวะของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่จุดหมายปลายทางตามที่ตนต้องการ การจูงใจจึงเป็นการที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมในการกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างมีพลัง มีคุณค่า มีทิศทางที่ชัดเจน ซึ่งแสดงออกถึงความตั้งใจ เต็มใจ ความพยายาม หรือพลังภายในตนเอง รวมทั้งการเพิ่มพูน

3. การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) บุคคลที่มีลักษณะที่ตรงกับ ความจำเป็น และความต้องการของงาน และได้รับแรงจูงใจในระดับสูง อาจจะไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอจากหน่วยงาน เช่น ขาดงบประมาณ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ขาดอำนาจหน้าที่ ขาดความช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และ ขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น

ดังนั้น จากแนวคิดเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรของ Schermerhorn et al. (1991) การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนทางสังคม ในงานวิจัยนี้ จึงประยุกต์ใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอน ฮันท์แพน และออสบอร์น ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

ความหมายของแรงจูงใจ

Loudon & Bitta (1988) ให้ความหมายของ แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะที่อยู่ภายในตัวที่เป็นพลังทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่มีเป้าหมายที่ได้เลือกไว้แล้ว ซึ่งมักจะเป็นเป้าหมายที่มีอยู่ในภาวะสิ่งแวดล้อม

Walter (1978) ให้ความหมายของแรงจูงใจ หมายถึง บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลต้องกระทำหรือเคลื่อนไหว หรือมีพฤติกรรมในลักษณะที่มีเป้าหมายหรือแรงจูงใจเป็นเหตุผลของการกระทำ

ปฐมวงศ์ สีหาเสนา (2557) ให้ความหมายของ แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันเกิดจากพื้นฐานของการรับรู้ ค่านิยมและประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ และจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลนั้นได้ ซึ่งระดับความพึงพอใจของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันไปตอบสนองความต้องการในสิ่งที่ขาดหายไปหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สมดุล เป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่จะแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลการเลือกที่จะปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม

โชติกา ระโส (2555) ให้ความหมายของ การจูงใจ หมายถึง ปัจจัยหรือสิ่งต่างๆที่ผลักดันให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือการที่บุคลากรมีความปรารถนา หรือต้องการที่จะปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

ดังนั้น แรงจูงใจ คือปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้บุคคลใช้พลังงานไปเพื่อจุดหมายที่ปรารถนา ซึ่งผู้บริหารสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อจูงใจและสร้างความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ เพราะเมื่อบุคคลจะมีความพอใจในการทำงานและเต็มใจอุทิศเวลา แรงกาย และความคิดของตนเองเพื่อสนองความต้องการหรือหน่วยงานหรือองค์การ

ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

เฟรดริก เฮร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959, pp. 175-183 อ้างถึงใน กมลพร กัลยาณมิต, 2559) เสนอทฤษฎีการจูงใจแบบสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factor Theory) ได้ศึกษาสาเหตุของความพึงพอใจในการทำงานของวิศวกร และพนักงานบัญชีในโรงงานที่เมืองพิตสเบิร์ก โดยวิธีการสัมภาษณ์ในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ผลของการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดทั้งชีวิตความเป็นอยู่ พบว่า ปัจจัยที่แสดงถึงความพึงพอใจในการทำงาน และ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivational Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวงาน (Job Content) โดยตรง ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจหรือทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำอย่างมาก (Satisfiers or Motivators) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวกและการจูงใจ และทำหน้าที่เหมือนเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล แต่ถ้าไม่มีก็ไม่ได้หมายความว่าคนจะไม่มี ความพอใจในงานที่ทำ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1.1 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือ ไม่ว่าจะจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงาน หรือจะบุคคลอื่นทั่วไป ซึ่งการยอมรับนี้อาจจะอยู่ในรูปการชมเชย

1.2 โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (Advancement) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร โดยมีการเพิ่มความรับผิดชอบมากขึ้น

1.3 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ

1.4 การพัฒนาตนเอง (Growth) หมายถึง การที่แต่ละบุคคลในองค์กรได้มีโอกาสได้เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ความชำนาญใหม่ๆ ให้กับตนเอง

1.5 ความสำเร็จในงานที่ทำ (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบผลสำเร็จอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล

1.6 ลักษณะของงาน (The Work Itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงาน เช่น งานประจำ งานที่ต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นงานที่ง่ายหรือยากเกินไป

2. ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในงาน (Job Context) เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่ทำให้คนไม่พอใจในงานที่ทำ (Dissatisfies or Hygiene) หรือเป็นองค์ประกอบเพื่อป้องกันการเกิดความไม่พอใจ หากว่าสิ่งต่างๆ ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่าง

เพียงพอความไม่พอใจจะหายไป แต่จะไม่สร้างหรือมีผลทำให้เกิดทัศนคติทางบวกหรือแรงจูงใจขึ้น และไม่ทำหน้าที่เป็นเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

2.1 สภาพการทำงาน (Working Condition) หมายถึง สภาพทางกายภาพ ได้แก่ แสง การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ สิ่งแวดล้อมอื่นๆ รวมทั้งปริมาณงาน ตลอดจนเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการทำงาน

2.2 เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary and Compensation) หมายถึง ความพึงพอใจในเงินเดือน หรือความไม่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

2.3 ความมั่นคงในงาน (Security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงของงาน เช่น ระยะเวลาของงาน ความมั่นคงหรือ ความไม่มั่นคงขององค์กร

2.4 นโยบายและการบริหาร (Company Policy and Administration) หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์กร เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการให้เข้าดำเนินงานได้สำเร็จ รวมทั้งการติดต่อภายในองค์กร นั่นคือ นโยบายขององค์กรจะต้องเป็นที่แน่ชัด เพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้น ในการศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงแรงจูงใจด้วย เนื่องจากเป็นงานที่เห็นผลช้า ต้องอาศัยเวลาและความอดทนงานจึงจะประสบผลสำเร็จ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของเฟรดริก เฮอร์ซเบิร์ก เป็นแนวทางในการศึกษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับและความพึงพอใจต่อค่าตอบแทน นำมาศึกษาและคาดว่าจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้าน ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เป็นผลให้กับผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ เช่น การมีสุขภาพดี ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ธนาภรณ์ ตั้งทองสว่าง (2564) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์สัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือประคับประคองดูแล ทั้งทางด้านสิ่งของหรือบริการ การให้ความรัก ความห่วงใย ให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และตอบสนองความต้องการต่อบุคคลให้บุคคลสามารถใช้เป็นเกราะป้องกันเพื่อใช้ในการปรับตัวได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช (2561) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รู้สึก ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นันทภาค ชนะพันธ์ (2556) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของต่างๆ ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นๆ ทำให้มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพกายและใจที่ดี

แหล่งของการสนับสนุนจากสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1987, p. 326 อ้างถึงใน กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล, 2559) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) เป็นองค์ประกอบ เบื้องต้น ที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ จากครอบครัว ญาติพี่น้อง
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายได้
3. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา (Religion organization) เป็นแหล่งของการสนับสนุนที่เก่าแก่ดั้งเดิมในชุมชน ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่างๆ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดำรงชีวิต
4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health profession support) เป็นแหล่งการสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย หากเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน ไม่เพียงพอ
5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มอาชีพอื่นๆ (Voluntary service groups and mutual health groups) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่ช่วยให้บุคคลได้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (Emotional concern) ถือเป็นด้านที่สำคัญที่สุดของการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ความรัก และการเชื่อใจ ซึ่งสามารถแปลงเป็นความหมายในเชิงการกระทำได้ เช่น การให้ความเคารพส่วนบุคคล มิตรภาพ การรับฟัง การแสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ
2. ด้านสิ่งของ (Instrumental aid) รวมถึงกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลได้รับตามความต้องการของเขา เช่น ช่วยในการทำงาน บริการ จ่ายเงินให้ เป็นต้น
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึงการให้ข้อมูลที่จะช่วยจัดการปัญหาทั้งภายในและภายนอกของบุคคลได้
4. ด้านการประเมิน (Appraisal) เป็นลักษณะหนึ่งของข้อมูลที่จะช่วยในการสะท้อนความคิดของอีกฝ่ายได้

ผลของการสนับสนุนทางสังคม

Lakey & Cohen (2000) สรุปว่าจากหลายทฤษฎีที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งผลออกได้เป็นสามมุมมองหลักๆ ได้แก่

1. มุมมองของความเครียดและการจัดการ (Stress and coping perspective) จัดเป็นรูปแบบที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ซึ่งสนับสนุนบุคคลเกี่ยวกับเกราะป้องกันหรือกันชน สำหรับผลลัพธ์ทางลบจากภาวะความเครียดที่มีการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยบุคคลในการจัดการกับผลทางลบ ที่บั่นทอนความเป็นอยู่อันดีของบุคคล
2. มุมมองของรูปแบบทางสังคม-การรับรู้ (Social-cognitive model) เป็นรูปแบบที่ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนที่มีผลต่อความมั่นใจในตนเองและการมีตัวตน ซึ่งส่งผลต่อไปยังผลลัพธ์ ที่สำคัญคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิต
3. มุมมองด้านความสัมพันธ์ (Relationship perspective) สำหรับในมุมมองนี้ มองว่าประโยชน์จากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้มีผลอย่างมากกับคุณภาพและกระบวนการของปฏิสัมพันธ์ เช่น มิตรภาพ ความใกล้ชิด ทักษะทางสังคม และการลดความขัดแย้ง

Ahmad & Omar (2012) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนจากครอบครัวในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการกับประสิทธิภาพในการทำงาน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการทำงานทั้งทางตรง และทางสื่อผ่านตัวแปร ความขัดแย้งในงานกับครอบครัวและตัวแปรความพึงพอใจในงาน

เซเฟอร์ และ คณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสนิทสนม รักใคร่ เชื่อมั่น และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจน (Tangible Support) จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำและการแก้ปัญหาต่างๆของบุคคลหรือให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับ พฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล

จากแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ การให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลนั้นด้วย โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Pender (1987) โดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ จากครอบครัว /ญาติพี่น้อง ระบบสนับสนุนจากเพื่อน ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และระบบสนับสนุนจากกลุ่มอื่นๆ นำมาใช้ในการวิจัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัวขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในครอบครัว หรือญาติของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 23 แห่ง ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 399 คน พบว่า ปัจจัยชีวิตสังคม ได้แก่ ปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล และ ปัจจัยลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผิดนัด และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว และการให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 23.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ปัจจัยความเครียด ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน

ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยการให้การสนับสนุน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากร ทางการแพทย์

เจริญชัย หมื่นห่อ และสุพรรณิพุลผล (2559) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการอบรมดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 70 ชั่วโมง) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้รับใบประกาศนียบัตร ซึ่งอาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก ปัจจัยด้านสังคมโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดวงกมล หน่อแก้ว และชุนกร แก้วมณี (2559) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาตามนัดของแพทย์คลินิกโรคสมองและคลินิกศัลยกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ย้อนหลัง 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับการสนับสนุนการดูแล ระยะเวลาทำหน้าที่ดูแล จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันในการดูแล และอายุของผู้ดูแลสามารถร่วมพยากรณ์ภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือด สมองได้ ร้อยละ 31.6

ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์ และเพชรรา ชวนะพันธุ์ (2559) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นการศึกษาประเมินผลแบบ Summative Evaluation ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการอบรมดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 70 ชั่วโมง) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้รับใบประกาศนียบัตร ซึ่งอาศัยในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 42.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอายุ เฉลี่ย 50.5 ปี เมื่อประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลในมิติด้านกาย จิตใจ และสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่ามีมิติด้านกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม มีคะแนนอยู่ในระดับดีต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80) ที่กำหนด เฉพาะมิติด้านจิตใจที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ระดับดีตามที่กำหนด พบอายุและการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจพบว่าตัวผู้สูงอายุเองมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.2) มิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความพึงพอใจระดับดี (ร้อยละ 82.3) สูงกว่ามิติอื่นๆ

จารุณี รัตนจินตตาม (2560) ศึกษาเรื่องแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษาปัจจัย

ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. ผู้บริหารเทศบาลตำบลขุนทะเล จำนวน 50 คน ผลการศึกษา พบว่า 1) ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านสังคมโดยรวมมีการ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในระดับ เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจาก บุคคลภายนอกครอบครัว รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนจากรัฐ ด้านความมั่นคงภายในครอบครัว ด้านทรัพยากรของครอบครัว และด้านการเผชิญปัญหาในครอบครัว ตามลำดับ 2) บทบาทของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยรวมมี บทบาทในการดูแลระดับมาก 3) การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับบทบาทในการดูแล ผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน สถานภาพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของ รายได้ ภาวะสุขภาพ ที่พักอาศัย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปิยากร หวังมหาพร (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นการศึกษาแบบผสมในการวิจัยเชิงปริมาณ (Mixed Methods Research) ศึกษาในกลุ่ม 1) การวิจัยเชิงปริมาณประชากร คือ อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 81,883 คน จาก 6 ภาคในประเทศไทย 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมาย คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์จังหวัด กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน อย่างละ 12 คน จาก 12 จังหวัด ผลการศึกษา พบว่า อิทธิพลของตัวแปรในโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทั้งอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพล รวม ตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาสาสมัครที่มี ตำแหน่งอื่นๆในชุมชน วิธีการเข้าสู่การทำงานของอาสาสมัครที่ต่างกัน การมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุของอาสาสมัครไม่แตกต่างกัน ส่วนอาสาสมัครที่มีอายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ ครอบครัว ความถี่ในการฝึกอบรมหลังเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน สังกัดและ ภาคที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครแตกต่างกัน สำหรับปัญหาอุปสรรค ของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การไม่ให้ความร่วมมือของครอบครัวผู้สูงอายุ อาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอ เป็นต้น

ชวนัฐ รัตโนสถ (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัด สุพรรณบุรี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแล ผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า สภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.95$, $SD=0.52$) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การสนับสนุนทางสังคม ในด้านการ ได้รับเงินและสิ่งของไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอนก กลิ่นรส (2560) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) และการศึกษาเชิงลึก โดยการ Focus group รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและระดับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลกับความความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้สูงอายุตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 295 คน สันทนาการกลุ่มกับองค์กรชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนสมาชิกสภาเทศบาลตำบลโคกชะงาย ที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มสนทนาเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 12 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 3.39 ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 45.76 ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (รับรู้) กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 50.85 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85 โดยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นลูกสาว ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตำบลโคกชะงาย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.13 ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลกับความความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้สูงอายุตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันรายด้านระดับปานกลางถึงสูง ($r = 0.43 - 0.91$)

นายสุ คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญมาลิก (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว และปัจจัยที่มีอิทธิพล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง 180 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ดี (ร้อยละ 98.33) ด้านที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{x} = 9.03$, S.D. = 0.85) และด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านสุขภาพการดูแลระยะยาว ได้แก่ การสนับสนุนจาก ครอบครัว อาชีพเกษตรกรรม การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถ อธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 64.8

กัญญา ศรีประยูร (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง หลักสูตรกรมอนามัย และอยู่ในพื้นที่เข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2560 ในจังหวัดอ่างทอง ทั้งหมดจำนวน 47 คน ผลการศึกษาค้นลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล บทบาทก่อนเข้ารับการอบรม ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และเจตคติการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ($p > 0.05$)

ยุพา พุชชิน (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ: กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ 2) การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในระดับครอบครัวในตำบล บ้านเอื้อมอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จากการประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวน 74 คน ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย อยู่ในระดับมาก ทางด้านจิตสังคมอยู่ในระดับ

ปานกลาง และทางด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทัศนคติ และความเชื่อ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. และเพื่อนบ้าน

ทวิช วงศ์ไชยชาญ (2561) ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 242 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน และระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.= 0.45), 3.95 (S.D.= 0.47), 3.84 (S.D.= 0.48) และ 3.84 (S.D.= 0.47) ตามลำดับ ภาพรวมของแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.771, p\text{-value} < 0.001, r = 0.717, p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.733, p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

สุภาพร เจือมา และชนะพล ศรีฤๅชา (2561) ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางการศึกษาเชิงทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ประชากรที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศรีบุญเรือง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า โดยทั้งระดับแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.42 (S.D.=0.37), 2.35 (S.D.=0.38) และ 2.25 (S.D.=0.44) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทางการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.25 (S.D.=0.40) และระดับการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.37 (S.D.=0.42) ภาพรวมของแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรปัจจัยด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์และปัจจัยด้านความรับผิดชอบซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูได้ร้อยละ 66.5

จิรวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมฉีกุล และสุรินทร์ กลัมพากร (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาระยะยาว โดยมีการวัดผลประจักษ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 182 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.9$, $SD = 0.5$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ ทักษะคิด แรงจูงใจ วิธีการทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ สถานที่ในการทำงาน นโยบายของหน่วยงาน การฝึกอบรม ผลตอบแทน สัมพันธภาพในหน่วยงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยพบว่า เครื่องมือเครื่องใช้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ และผลตอบแทน เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 37

ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 213 คน ผลการศึกษา พบว่า ศาสนา ($r = 0.81$) และการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ ($r = 0.43$) มีความสัมพันธ์ ทางบวกระดับสูงกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ($r = 0.50$) และทักษะคิด ($r = 0.36$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง และต่ำกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

สุขศิริ ประสมสุข, ณัฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู (2563) ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้และทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ตำบลไร่สะทอน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ และทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .36$, $p = .005$) ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของ

ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.45$, $p=.00$) ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

Chuluunbaatar, Pu & Chou (2017) ศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงภาวะการดูแลของผู้ดูแลนอกระบบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศมองโกเลีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลในปีแรกของการดูแลในหมู่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะและบทบาทของผู้ดูแลเป็นการศึกษาเชิงสังเกต ในโรงพยาบาลของรัฐ 9 แห่ง ในมองโกเลีย การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการวิเคราะห์แบบจับคู่ t-test พบว่าภาวะความต้องการเพิ่มขึ้น (จาก 12.61 เป็น 11.50, $p = 0.034$) ในขณะที่ภาวะความเครียดลดลง (จาก 10.69 เป็น 11.60, $p = 0.016$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาวะการดูแลและบทบาทของผู้ดูแลคือ สถานภาพสมรสของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ปัญหาทางการเงิน เพศ การพึ่งพาของผู้ป่วย และการสนับสนุนจากบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงของภาวะการดูแลในปีแรกของการดูแลในการศึกษารั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมหรือทางการเงินสามารถช่วยในการลดภาวะการดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Pavarini et al. (2018) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทในผู้ดูแลผู้สูงอายุในบราซิล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อสำรวจปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ประชากร และจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการรับรู้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุจากบราซิล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุชาวบราซิล จำนวน 351 คน ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้บทบาทในผู้ดูแลผู้สูงอายุ อายุ เพศ ระยะเวลาดูแล (วัน/สัปดาห์) มีความสัมพันธ์ในทางลบกับขอบเขตความรู้ความเข้าใจบทบาท ส่วนการได้รับความช่วยเหลือทางอารมณ์และระดับของความหวังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับขอบเขตงานที่เฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการขาดความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกัน

Zeng et al. (2019) ศึกษาเรื่องคุณภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันดูแลระยะยาวในมณฑลเจ้อเจียง ประเทศจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ (KAP) เกี่ยวกับคุณภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันการดูแลระยะยาวในมณฑลเจ้อเจียง และเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงคุณภาพผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 84 คน ถูกสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวพร้อมแบบสอบถามเกี่ยวกับ KAP ต่อการดูแลผู้สูงอายุ ใช้การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ KAP ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในมณฑลเจ้อเจียงเป็นวัยกลางคน เพศหญิง และมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมก่อนการปฏิบัติงานแม้ว่าพวกเขาจะทำงานที่มีความเข้มข้นสูง การทำงานมีผลในเชิงบวกต่อคะแนนความรู้และการปฏิบัติ และการฝึกอบรมก่อนการจ้างงานมีผลในเชิงบวกต่อคะแนนความรู้และทัศนคติ ทั้งนี้

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังพบว่า คุณภาพของผู้ดูแลในมณฑลเจ้อเจียงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ควรมี การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอสำหรับผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความรู้การดูแล ผู้สูงอายุและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

Greenwood, Pound, Smith & Brearley (2019) ศึกษาเรื่องประสบการณ์ และ ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในลอนดอน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสิ่งที่ อาสาสมัครและผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคอาสาสมัครและตามกฎหมาย เข้าใจว่าเป็นประสบการณ์ และศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาโดยการ สัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม ในผู้ดูแลทั้งหมด 35 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (89%) และมาจากภาคสมัครใจ (86%) โดยเฉลี่ยแล้วทำงานเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มามากกว่า 8 ปี สรุปความต้องการคือ การได้รับการสนับสนุนในการทำงาน ทัศนคติที่ดีต่อดูแลของ ผู้ดูแล

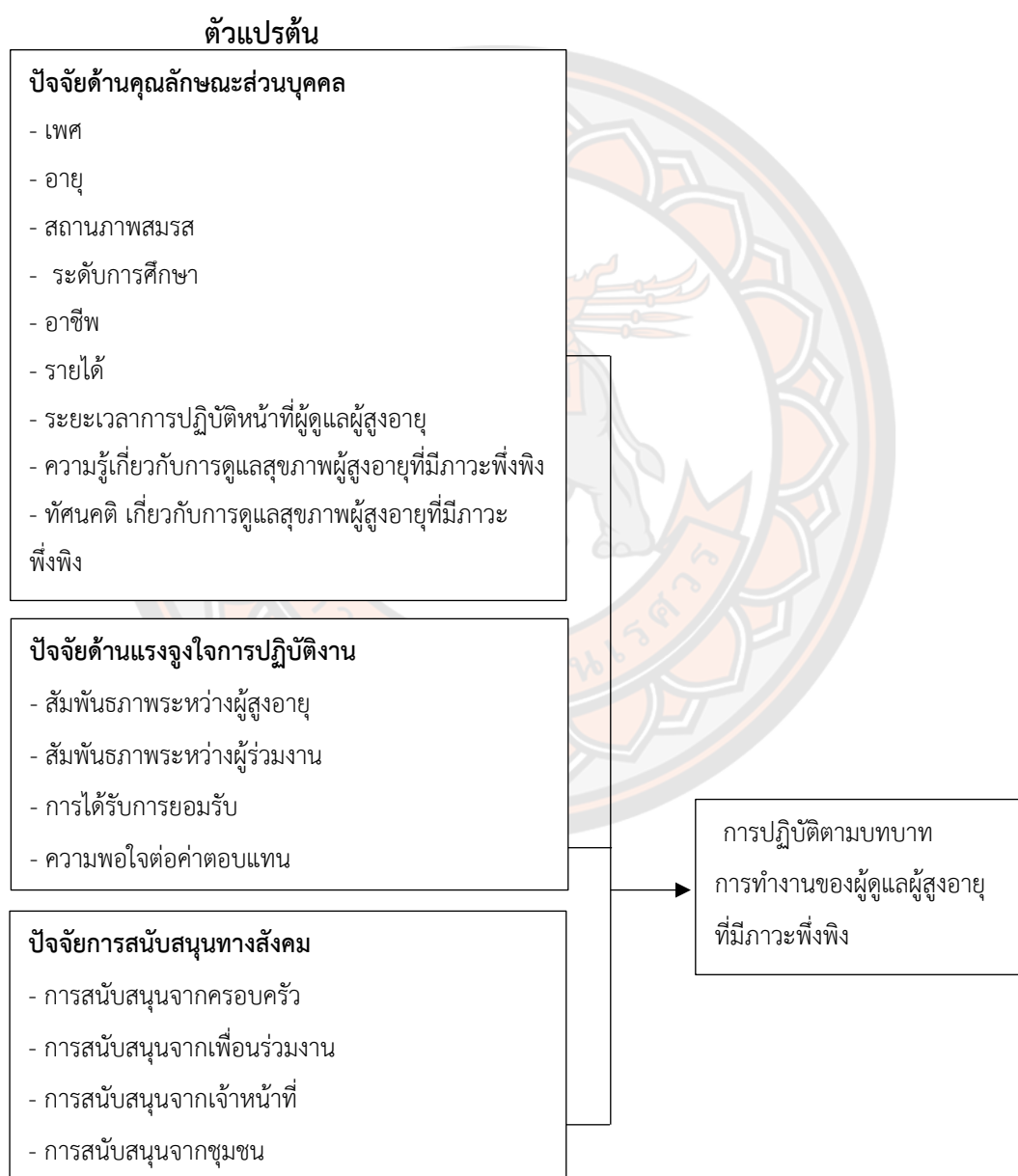
Naing, May & Aung (2020) ศึกษาเรื่องภาระผู้ดูแลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน อย่างกึ่ง สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน ได้รับการคัดเลือกโดยใช้ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างเพื่อรวบรวมข้อมูล ผล การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระปานกลาง (39.5%) และอายุมีความสัมพันธ์กับระดับภาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อสรุปจากการศึกษานี้ พบว่าเจ้าหน้าที่ควรเน้นกิจกรรมการให้ความรู้ด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจัดทำโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

Singh & Mathur (2022) ศึกษาเรื่องความสำคัญของภาระและความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ดูแล ความรู้สึกของภาระ และความสามารถในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 53 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า เพศ ประเภทของผู้ดูแล ความใกล้ชิดและความสนิทสนม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ด้าน เพศบ่งบอกถึงความรู้สึกของการดูแลเอาใจใส่ของผู้หญิงที่เป็นธรรมชาติมากกว่าในผู้ชาย และความ ใกล้ชิดและความสนิทสนมในความสัมพันธ์ทำให้งานดูแลมีภาระน้อยลง

สรุปจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตามบทบาท การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานะภาพ สมรส ระดับ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ ค่าตอบแทน การได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนร่วมงาน และชุมชน ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยจากการทำทบทวนวรรณกรรม นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น ทฤษฎีแรงจูงใจของเฮร์ซเบอร์ก แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเพนเดอร์ นำมาประยุกต์เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรอย่างน้อย 70 ชั่วโมง จำนวน 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอตรอน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอฟากท่า อำเภอบ้านโคก อำเภอพิชัย อำเภอลับแล และอำเภอทองแสนขัน จำแนกรายอำเภอ ดังนี้

ตาราง 2 แสดงจำนวน Care giver ในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดอุดรดิตถ์

อำเภอ	จำนวน Care giver (คน)
เมือง	84
ตรอน	50
ท่าปลา	49
น้ำปาด	140
ฟากท่า	27
บ้านโคก	39
พิชัย	121
ลับแล	90
ทองแสนขัน	43
รวม	643

ที่มา: รายงาน LTC จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2561

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel & ross (1995) ดังนี้

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

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดประชากรที่ทราบทั้งหมด เท่ากับ 643 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2560)

Z คือ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า = 1.96

$Z\alpha/2$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ $1-\alpha = 0.05$ หรือ 5% ระดับความเชื่อมั่น $1-\alpha = 0.95$ หรือ 95 % มีค่าเท่ากับ 1.96

σ คือ ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม (เจริญชัย หมิ่นห่อ และสุพรรณิพรรณผล, 2559) พบว่า บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50

d คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{(643)(0.5)^2(1.96)^2}{[(0.05)^2(643-1)] + [(0.5)^2(1.96)^2]}$$

$n = 241$ คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรืออาจมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ร้อยละ 10 (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) โดยคิดค่าความคลาดเคลื่อน 10%

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 265 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดอุตรดิตถ์
2. ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป
3. พุดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้

4. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ไปอาศัยนอกพื้นที่ก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างง่าย โดยจัดทำบัญชีรายชื่อของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเรียงตามตัวอักษร และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยการกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) ดังนี้

คำนวณช่วงการสุ่ม โดยสูตร $l = N/n$

เมื่อ l คือ ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่ม

N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด (คน)

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (คน)

$$l = \frac{643}{265} = 2.43$$

จะได้ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 2.43 หรือ 2 คน จากนั้นทำการสุ่มหาเลขตัวอย่างเริ่มต้น (Random start: R) โดยทำการสุ่มค่าเริ่มต้น โดยการสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก จากนั้นบวกด้วยระยะห่างในการสุ่มจากตำแหน่งเริ่มต้น คือ 2 คน ทำเช่นนี้จนครบจำนวน 265 คน

ตาราง 3 แสดงจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการคิดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	จำนวน Care giver (คน)	สัดส่วน กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เมือง	84	$\frac{84 \times 265}{643}$	34
ตรอน	50	$\frac{50 \times 265}{643}$	20
ท่าปลา	49	$\frac{49 \times 265}{643}$	20
น้ำปาด	140	$\frac{140 \times 265}{643}$	56
พากทำ	27	$\frac{27 \times 265}{643}$	12

ตาราง 3 (ต่อ)

อำเภอ	จำนวน Care giver (คน)	สัดส่วน กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
บ้านโคก	39	$\frac{39 \times 265}{643}$	17
พิชัย	121	$\frac{121 \times 265}{643}$	50
ลับแล	90	$\frac{90 \times 265}{643}$	38
ทองแสนขัน	43	$\frac{43 \times 265}{643}$	18
รวม	643		265

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองโดยผู้ศึกษาสร้างจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามที่เป็นจริง จำนวน 14 ข้อ และเป็นคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 6 ข้อ (คำถามด้านลบ ข้อที่ 3, 6, 12, 13, 15 และ 18) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คำถามที่เป็นจริง

คำตอบ “ใช่” ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบ “ไม่ใช่” ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

คำถามที่เป็นเท็จ

คำตอบ “ไม่ใช่” ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบ “ใช่” ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

พิจารณาจากคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แนวคิดของบลูม (Bloom, 1976) ดังนี้

80 % ขึ้นไป มีความรู้อยู่ในระดับสูง

60 – 79 % มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

<60% มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 0 - 11 (น้อยกว่าร้อยละ 60%) มีความรู้ระดับน้อย

ช่วงคะแนน 12 – 15 (ร้อยละ 60-79) มีความรู้ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 16 - 20 (80% ขึ้นไป) มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามด้านบวก 7 ข้อ และเป็นคำถามด้านลบ 1 ข้อ (คำถามด้านลบ ข้อที่ 8)

เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง คำตอบนั้นไม่มีความรู้สึกหรือมีบ้างบางครั้ง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

กำหนดค่าคะแนนระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}$$

$$\text{จำนวนระดับ}$$

$$= \frac{40 - 8}{3}$$

$$= 10.67$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คะแนน

8 - 18.67 หมายถึง ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับต่ำ

18.68 - 29.35 หมายถึง ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง

29.36 - 40 หมายถึง ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คะแนนเฉลี่ย

1.00 - 2.33 หมายถึง ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับต่ำ

2.34 - 3.67 หมายถึง ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับ

ปานกลาง

3.68 - 5.00 หมายถึง ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ และความพอใจต่อค่าตอบแทน จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามด้านบวก 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ค่าตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ค่าตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ค่าตอบนั้นไม่มีความรู้สึกหรือมีบ้างบางครั้ง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ค่าตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ค่าตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

กำหนดค่าคะแนนระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{70 - 14}{3} \\ &= 18.67\end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

คะแนน

14 – 32.67 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับต่ำ

32.68 – 51.35 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง

51.36 – 70 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ โดยการแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{15 - 3}{3} \\ &= 4\end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

คะแนน

3 – 7 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ

8 – 11 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

12 – 15 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย

- | | | |
|-------------|---------|--|
| 1.00 – 2.33 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ |
| 2.34 - 3.67 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง |
| 3.68 - 5.00 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง |

แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จำนวน 3 ข้อ โดยการแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{15 - 3}{3} \\ &= 4 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จำนวน 3 ข้อ ดังนี้
คะแนน

- | | | |
|---------|---------|--|
| 3 – 7 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับต่ำ |
| 8 – 11 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับปานกลาง |
| 12 – 15 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับสูง |

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จำนวน 3 ข้อ ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย

- | | | |
|-------------|---------|--|
| 1.00 – 2.33 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับต่ำ |
| 2.34 - 3.67 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับปานกลาง |
| 3.68 - 5.00 | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับสูง |

แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการยอมรับ จำนวน 5 ข้อ โดยการแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับการได้รับการยอมรับ รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{25 - 5}{3} \end{aligned}$$

$$= 6.67$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม การได้รับการยอมรับ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

คะแนน

5 – 11.67 หมายถึง การได้รับการยอมรับ อยู่ในระดับต่ำ

11.68 – 18.35 หมายถึง การได้รับการยอมรับ อยู่ในระดับปานกลาง

18.36 – 25 หมายถึง การได้รับการยอมรับ อยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ การได้รับการยอมรับ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 2.33 หมายถึง การได้รับการยอมรับ อยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 หมายถึง การได้รับการยอมรับ อยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 หมายถึง การได้รับการยอมรับ อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามเกี่ยวกับความพอใจต่อคำตอบ จำนวน 3 ข้อ โดยการแปลผลคะแนน

พิจารณาคะแนนระดับความพอใจต่อคำตอบ รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}$$

$$\text{จำนวนระดับ}$$

$$= \frac{15 - 3}{3}$$

$$= 4$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม ความพอใจต่อคำตอบ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

คะแนน

3 – 7 หมายถึง ความพอใจต่อคำตอบ อยู่ในระดับต่ำ

8 – 11 หมายถึง ความพอใจต่อคำตอบ อยู่ในระดับปานกลาง

12 – 15 หมายถึง ความพอใจต่อคำตอบ อยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ความพอใจต่อคำตอบ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 2.33 หมายถึง ความพอใจต่อคำตอบ อยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 หมายถึง ความพอใจต่อคำตอบ อยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 หมายถึง ความพอใจต่อคำตอบ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามด้านบวก 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้

การได้รับสนับสนุนมากที่สุด หมายถึง	คำตอบนั้นตรงสิ่งที่ท่านได้รับมากที่สุด
การได้รับสนับสนุนมาก หมายถึง	คำตอบนั้นตรงสิ่งที่ท่านได้รับมาก
การได้รับสนับสนุนปานกลาง หมายถึง	คำตอบนั้นท่านได้รับบ้างบางครั้ง
การได้รับสนับสนุนน้อย หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้รับมาก
การได้รับสนับสนุนน้อยที่สุด หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้รับมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}$$

$$\text{จำนวนระดับ}$$

$$= \frac{70 - 14}{3}$$

$$3$$

$$= 18.67$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

คะแนน

14 – 32.67 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ

32.68 – 51.35 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

51.36 – 70 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 2 ข้อ โดยการแปลผลคะแนน พิจารณา
คะแนนระดับการสนับสนุนจากครอบครัว รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์
การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{10 - 2}{3} \\ &= 2.67 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม การสนับสนุนจากครอบครัว

คะแนน

2 - 4.67	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ
4.68 - 7.35	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง
7.36 - 10	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง
เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ การสนับสนุนจากครอบครัว	
คะแนนเฉลี่ย	
1.00 - 2.33	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ
2.34 - 3.67	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง
3.68 - 5.00	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน จำนวน 2 ข้อ โดยการแปลผล
คะแนน พิจารณาคะแนนระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น
3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) โดย
มีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{10 - 2}{3} \\ &= 2.67 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน

คะแนน

2 – 4.67 หมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับต่ำ

4.68 – 7.35 หมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับปานกลาง

7.36 - 10 หมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 2.33 หมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับต่ำ

2.34 - 3.67 หมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 หมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 ข้อ โดยการแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับการสนับสนุนจากชุมชน รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{20 - 4}{3} \\ &= 5.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คะแนน

4 – 9.33 หมายถึง การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับต่ำ

9.34 – 14.67 หมายถึง การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลาง

14.68 - 20 หมายถึง การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 2.33 หมายถึง การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับต่ำ

2.34 - 3.67 หมายถึง การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 หมายถึง การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ จำนวน 6 ข้อ โดยการแปลผลคะแนนพิจารณาคะแนนระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{30 - 6}{3} \\ &= 8 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คะแนน

6 - 13 หมายถึง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำ

14 - 22 หมายถึง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง

23 - 30 หมายถึง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คะแนนเฉลี่ย

1.00 - 2.33 หมายถึง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำ

2.34 - 3.67 หมายถึง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 หมายถึง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุน และการประสานงาน และเชื่อมโยง จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน

ปฏิบัติน้อย	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1	คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาคะแนนระดับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง รายชื่อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{100 - 20}{3} \\ &= 26.67 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวม การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

คะแนน

20 – 46.67 หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงอยู่ในระดับต่ำ

46.68 – 73.35 หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงอยู่ในระดับปานกลาง

73.36 - 100 หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 2.33 หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงอยู่ในระดับต่ำ

2.34 - 3.67 หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงอยู่ในระดับสูง

การพัฒนาเครื่องมือและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิธีการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ
2. ศึกษาการดำเนินงานระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในจังหวัดอุดรธานี
3. สร้างเครื่องมือตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำเสนอโครงร่างแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง มีเกณฑ์ดังนี้

ให้ + 1 เมื่อข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

-1 เมื่อข้อความไม่มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของ Rovinelli & Hambleton (1997) โดยมีสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC = ดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถาม

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

คัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าดัชนี IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ในการวิจัยนี้หาค่าแต่ละข้อ โดยค่า IOC สูงสุดคือ 1 ค่า IOC และต่ำสุดคือ 0.5 หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้วนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item-objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.89

5. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
6. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) จำนวน 30 ชุด ในกลุ่มประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน มีผลดังต่อไปนี้

6.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ให้คะแนนคำตอบ 0 และ 1 ผู้วิจัยใช้วิธีของคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson Method) กำหนดค่า Reliability ไม่ต่ำกว่า 0.7 (Kuder & Richardson, 1937) โดยผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.720

6.2 แบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีเกณฑ์กำหนดไม่ต่ำกว่า 0.7 ได้ผลดังต่อไปนี้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.711

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.830

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.759

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.915

ดังนั้น แบบสอบถามฉบับนี้มีผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's coefficient) ผ่านเกณฑ์ตามเงื่อนไขทุกประการ แบบสอบถามฉบับนี้จึงสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

7. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ดังนี้ ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) กำหนดเกณฑ์ความเที่ยงมีค่า 0.7 ขึ้นไป ถือได้ว่าแบบทดสอบนั้นมีความน่าเชื่อถือและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

8. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง

9. นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. ประสานจัดทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรต่อสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์และสาธารณสุขอำเภอเป้าหมายทุกแห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ในการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมตรวจสอบจำนวนและรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงาน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ และชี้แจงแนวทางการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่รวบรวมแบบสอบถาม และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

3. สรุปผลการดำเนินงาน และนำข้อมูลไปสรุปเรียบเรียงจัดทำรายงานวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA NO.471/2020, IRB NO. 791/62 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2562 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือเป็นลายลักษณ์อักษร ในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามความสมัครใจ มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทำหนังสือชี้แจงการให้ข้อมูล และหนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง จะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว โดยเปิดเผยข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทางสังคม และบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

2. การอธิบายความสามารถในการพยากรณ์ โดยอธิบายการผันแปรของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการพิจารณาค่า β (สุพัฒนา คำสอน, 2561)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรอย่างน้อย 70 ชั่วโมง จำนวน 9 อำเภอ จำนวน 265 คน ผู้วิจัยได้เก็บตัวอย่างโดยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 265 ฉบับ ได้รับคืนมาทุกฉบับ และทุกฉบับเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วนทุกข้อคำถาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รายละเอียด ตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 265)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	16	6.00
หญิง	249	94.00
รวม	265	100
2. อายุ (ปี) Mean (S.D) = 48.04 (8.09) Min = 24, Max = 72		
≤ 35 ปี	11	4.20
36 – 40 ปี	35	13.20
41 – 45 ปี	61	23.00
46 – 50 ปี	59	22.30
51 – 55 ปี	49	18.50
56 – 60 ปี	32	12.10
61 ≥ ปีขึ้นไป	18	6.80
รวม	265	100
3. สถานภาพสมรส		
โสด	25	9.40
คู่ (อยู่ด้วยกัน)	188	70.90
คู่ (แยกกันอยู่)	21	7.90
หย่าร้าง	9	3.40
หม้าย	22	8.30
รวม	265	100
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	37	14.00
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	79	29.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	139	52.50
ปริญญาตรี	10	3.80
รวม	265	100
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	3.40
เกษตรกร	148	55.80
ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย	32	12.10
รับจ้าง	59	22.30
แม่บ้าน	16	6.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ	1	0.40
รวม	265	100
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว Mean = 4,783.02 Min = 1,000, Max = 30,000		
≤ 5,000 บาท/เดือน	198	74.70
5,001 - 10,000 บาท/เดือน	62	23.40
10,001 - 15,000 บาท/เดือน	2	0.80
15,001 - 20,000 บาท/เดือน	2	0.80
20,001 - 25,000 บาท/เดือน	0	0.00
≥ 25,001 บาท/เดือน	1	0.40
รวม	265	100
7. ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ Mean (S.D) = 2.29 (1.15) Min = 1, Max = 10		
1 - 3 ปี	233	87.90
4 - 6 ปี	31	11.70
7 - 9 ปี	0	0.00
10 - 12 ปี	1	0.40
รวม	265	100

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 อายุเฉลี่ย 48.04 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-45 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 23.00 มีสถานภาพสมรส จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 70.90 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 148 คน ร้อยละ 55.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 74.70 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 1 - 3 ปี จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 87.90

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง รายละเอียดดังตาราง 5-17

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง (n = 265)

ระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 12-15)	51	19.20
ความรู้ระดับสูง (ช่วงคะแนน 16-20)	214	80.80
$\bar{X} = 17.20$, S.D = 1.83, Max = 20, Min = 13		

จากตาราง 5 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน) ร้อยละ 80.80 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 12 - 15 คะแนน) ร้อยละ 19.20 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.20 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.83 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 13 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง จำแนกรายข้อ (n = 265)

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	
1. การวัดอุณหภูมิร่างกายทางปาก ถ้าสูงกว่า 37.5° C ถือว่ามีไข้	251 (94.70)	14 (5.30)
2. นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วย เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ	225 (84.90)	40 (15.10)
3. หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำ ผู้ดูแลควรให้ยาระบายแก่ผู้สูงอายุทุกวัน เพื่อไม่ให้รู้สึกแน่น อึดอัดท้อง	241 (90.90)	24 (9.10)
4. การพูดสื่อสารกับผู้สูงอายุ ควรพูดช้า ชัด ใช้คำง่ายๆ	258 (97.40)	7 (2.60)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวนร้อยละ	
5. ในคนปกติ ความดันโลหิตไม่ควรเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท	191 (72.10)	74 (27.90)
6. อาหารที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง คือ อาหารที่มีรสเค็ม	245 (92.50)	20 (7.50)
7. เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีบาดแผล มีเลือดออก การปฐมพยาบาลเบื้องต้นคือการห้ามเลือด โดยใช้ผ้าสะอาด หรือผ้ากอซกดบนแผล	246 (92.80)	19 (7.20)
8. ข้อควรปฏิบัติเมื่อดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายสวนปัสสาวะคือ เทปัสสาวะออกจากถุง วันละ 2-3 ครั้ง/ อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง	246 (92.80)	19 (7.20)
9. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ที่เป็นลมหมดสติ คือ ให้นอนศีรษะต่ำ (ไม่ต้องหนุนหมอน) ปลดเสื้อผ้าและเข็มขัดให้หลวม และใช้ยาดมหรือแอมโมเนียให้ดม	263 (99.20)	2 (0.80)
10. การป้อนอาหารควรจัดให้ผู้สูงอายุนอนศีรษะสูง เพื่อกลืนอาหารสะดวกและป้องกันการสำลักอาหาร	264 (99.60)	1 (0.40)
11. ถ้าผู้สูงอายุสำลักอาหาร ให้ช่วยเหลือโดยให้ผู้สูงอายุไอออกมาแรงๆ ถ้าไม่ออกให้ใช้วิธีกดหน้าท้องช่วย	158 (59.60)	107 (40.40)
12. การเตรียมจัดทำที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางคือ ควรจัดให้นอนราบ เพื่อให้อาหารไหลลงสะดวก	203 (76.60)	62 (23.40)
13. ในข้อควรปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร เมื่อพบสายยางให้อาหารหลุดควรใส่กลับทันที	221 (83.40)	44 (16.60)
14. การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ ควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย	255 (96.20)	10 (3.80)
15. การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่ายให้แก่ผู้สูงอายุควรเช็ดจากด้านล่างขึ้นด้านบน	187 (70.60)	78 (29.40)
16. เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องร่วง ควรให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำมากๆ	182 (68.70)	83 (31.30)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวนร้อยละ	
17. การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดิน ควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ	216 (81.50)	49 (18.50)
18. หากผู้สูงอายุล้มและมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำขนาดครึ่งโดยเร็ว	200 (75.50)	65 (24.50)
19. การเข้าเฝือกชั่วคราวให้พ้นทับบริเวณกระดูกหัก และมัดยึดข้อต่อบริเวณเหนือและใต้กระดูกหัก	234 (88.30)	31 (11.70)
20. ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ	262 (98.90)	3 (1.10)

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อที่10 การป้อนอาหารควรจัดให้ผู้สูงอายุนอนศีรษะสูง เพื่อกลืนอาหารสะดวกและป้องกันการสำลักอาหาร (ร้อยละ 99.60) รองลงมา คือ ข้อที่9 การปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ที่เป็นลมหมดสติ คือ ให้นอนศีรษะต่ำ (ไม่ต้องหนุนหมอน) ปลดเสื้อผ้าและเข็มขัดให้หลวม และใช้ยาดม หรือแอมโมเนียให้ดม (ร้อยละ 99.20) และ ข้อที่20 ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 98.90) ตามลำดับ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อที่11 ถ้าผู้สูงอายุสำลักอาหารให้ช่วยเหลือโดยให้ผู้สูงอายุไอออกมาแรงๆ ถ้าไม่ออกให้ใช้วิธีกดหน้าท้องช่วย (ร้อยละ 59.60)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายละเอียดดังตาราง 7-8

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติ ภาพรวม

(n = 265)

ระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 18.68 - 29.35)	22	8.30
สูง (ช่วงคะแนน 29.36 - 40)	243	91.70

$\bar{X} = 33.20$, S.D = 2.98, Max = 40, Min = 26

จากตาราง 7 พบว่าระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 243 คน (คะแนนอยู่ในช่วง 29.36 – 40 คะแนน) รองลงมา คือระดับปานกลาง จำนวน 22 คน (คะแนนอยู่ในช่วง 18.68 - 29.35 คะแนน) ร้อยละ 91.70 และ 8.30 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติรวม เท่ากับ 33.20 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.98 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 265)

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การแปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนคนทั่วไป การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น	137 (51.70)	125 (47.20)	2 (0.80)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.50 (0.54)	สูง

ตาราง 8 (ต่อ)

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
จำนวน(ร้อยละ)							
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและน่าสนใจ	81 (30.60)	160 (60.40)	16 (6.00)	7 (2.60)	1 (0.40)	4.18 (0.69)	สูง
3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น และเราสามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันได้โดยง่าย	56 (21.10)	148 (55.80)	26 (9.80)	32 (12.10)	3 (1.10)	3.84 (0.93)	สูง
4. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมให้การยอมรับ	85 (32.10)	169 (63.80)	11 (4.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.28 (0.53)	สูง
5. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุ และเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง	134 (50.60)	126 (47.50)	4 (1.50)	0 (0.00)	1 (0.40)	4.48 (0.57)	สูง
6. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อเห็นผู้สูงอายุเกิดความไม่สบายทางกายหรือใจ	114 (43.00)	143 (54.00)	3 (1.10)	4 (1.50)	1 (0.40)	4.38 (0.63)	สูง
7. การดูแลผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดีขึ้น	127 (47.90)	132 (49.80)	3 (1.10)	3 (1.10)	0 (0.00)	4.45 (0.58)	สูง
8. การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่สามารถให้เวลากับอาชีพการงานได้เต็มที่	14 (5.30)	110 (41.50)	54 (20.40)	61 (23.00)	26 (9.80)	3.09 (1.12)	ปาน กลาง

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรายช้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.54$) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนคนทั่วไป การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จึงมีความจำเป็น และรายช้อมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 1.12$) คือ การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่สามารถให้เวลากับอาชีพการงานได้เต็มที่

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ และความพึงพอใจค่าตอบแทน รายละเอียด ดังตาราง 9 – 17

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาพรวม ($n = 265$)

ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 32.68 – 51.35)	22	8.30
สูง (ช่วงคะแนน 51.36 – 70)	243	91.70
$\bar{X} = 57.40$, $S.D = 4.48$, $Max = 69$, $Min = 45$		

จากตาราง 9 พบว่าระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง จำนวน 243 คน (คะแนนอยู่ในช่วง 51.36 – 70 คะแนน) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 22 คน (คะแนนอยู่ในช่วง 32.68 – 51.35 คะแนน) ร้อยละ 91.70 และ 8.30 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 57.40 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.48 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 45 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 69 คะแนน

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ (n = 265)

ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ช่วงคะแนน 3 – 7)	2	0.80
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 8 – 11)	91	34.30
สูง (ช่วงคะแนน 12 – 15)	172	64.90
$\bar{X} = 11.94, S.D = 1.51, \text{Max} = 16, \text{Min} = 7$		

จากตาราง 10 พบว่าระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 12 – 15 คะแนน) จำนวน 172 คน รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 8 – 11 คะแนน) จำนวน 91 คน และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 3 – 7 คะแนน) จำนวน 2 คน ร้อยละ 64.90, 34.30 และ 0.80 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ เท่ากับ 11.94 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.51 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n = 265)

สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ รายข้อ	ระดับความความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
จำนวน(ร้อยละ)							
1. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ ความร่วมมือและปฏิบัติตาม คำแนะนำของท่าน	26 (9.80)	61 (23.00)	54 (20.40)	110 (41.50)	14 (5.30)	2.91 (1.12)	ปาน กลาง
2. เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการ ดูแลผู้สูงอายุ ท่านได้รับความ ช่วยเหลือจาก ผู้สูงอายุในการร่วม แก้ปัญหาต่างๆ	89 (33.60)	126 (47.50)	44 (16.60)	5 (1.90)	1 (0.40)	4.12 (0.77)	สูง
3. ท่านได้รับคำชื่นชมจาก ผู้สูงอายุให้เกิดกำลังใจในการ ปฏิบัติงาน	82 (30.90)	111 (41.90)	58 (21.90)	13 (4.90)	1 (0.40)	3.98 (0.87)	สูง

จากตาราง 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ โดยรายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.77$) คือ เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ ท่านได้รับความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุในการร่วมแก้ปัญหาต่างๆ และรายชื้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.91$, $SD = 1.12$) คือ ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ($n = 265$)

ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 8 – 11)	26	9.80
สูง (ช่วงคะแนน 12 – 15)	239	90.20
$\bar{X} = 13$, $S.D = 1.44$, $Max = 15$, $Min = 9$		

จากตาราง 12 พบว่าระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 12 – 15 คะแนน) จำนวน 239 คน รองลงมา คือ ระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 8 – 11 คะแนน) จำนวน 26 คน ร้อยละ 90.20 และ 9.80 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน เท่ากับ 13 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.44 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 9 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จำแนกรายชื้อ ($n = 265$)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน รายชื้อ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
จำนวน(ร้อยละ)							
1. ท่านคิดว่ากรณีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแลทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็วและประสบความสำเร็จมากขึ้น	123 (46.40)	126 (47.50)	0 (0.00)	13 (4.90)	3 (1.10)	4.39 (0.64)	สูง

ตาราง 13 (ต่อ)

สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน รายข้อ	ระดับความความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
	จำนวน(ร้อยละ)						
2. ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจ จากเพื่อนร่วมงานในการดูแล ผู้สูงอายุ	91 (34.30)	161 (60.80)	13 (4.90)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.29 (0.55)	สูง
3. เมื่อท่านมีปัญหาเพื่อน ร่วมงานจะคอยให้คำปรึกษา และช่วยเหลือท่านได้	102 (38.50)	154 (58.10)	9 (3.40)	13 (4.90)	0 (0.00)	4.35 (0.55)	สูง

จากตาราง 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.64$) คือ ท่านคิดว่าการมีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็วและประสบความสำเร็จมากขึ้น และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.55$) คือ ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับการยอมรับ
(n = 265)

ระดับการได้รับการยอมรับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 11.68 – 18.35)	30	11.30
สูง (ช่วงคะแนน 18.36 – 25)	235	88.70
$\bar{X} = 20.82$, $S.D = 2.12$, $Max = 25$, $Min = 15$		

จากตาราง 14 พบว่าระดับการได้รับการยอมรับ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 18.36 – 25 คะแนน) จำนวน 235 คน รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 11.68 – 18.35 คะแนน) จำนวน 30 ร้อยละ 88.70 และ 11.30 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการยอมรับ เท่ากับ 20.82 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.12 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการยอมรับ จำแนกรายข้อ (n = 265)

การได้รับการยอมรับ รายข้อ	ระดับความความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
	จำนวน(ร้อยละ)						
1. เพื่อนร่วมงานรับฟังความคิดเห็น ของท่าน และยอมรับเมื่อท่านแสดง ความคิดเห็น	77 (29.10)	172 (64.90)	16 (6.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.23 (0.55)	สูง
2. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความ ไว้วางใจ และยอมรับในตัวท่าน	83 (31.30)	167 (63.00)	15 (5.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.26 (0.55)	สูง
3. ท่านคิดว่าญาติผู้สูงอายุให้ ความไว้วางใจ และยอมรับในตัว ท่าน	73 (27.50)	167 (63.00)	25 (9.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18 (0.58)	สูง
4. ท่านคิดว่าคนในชุมชนมี ความเชื่อมั่น และยอมรับในตัวท่าน	56 (21.10)	164 (61.90)	45 (17.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.04 (0.62)	สูง
5. ท่านคิดว่า เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นและ ยอมรับในตัวท่าน	55 (20.80)	186 (70.20)	23 (8.70)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.11 (0.55)	สูง

จากตาราง 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการได้รับการยอมรับ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.55$) คือ ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ และยอมรับในตัวท่าน และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.62$) คือ ท่านคิดว่าคนในชุมชนมีความเชื่อมั่น และยอมรับในตัวท่าน

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจคำตอบแทน
(n = 265)

ระดับความพึงพอใจคำตอบแทน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ช่วงคะแนน 3 – 7)	4	1.50
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 8 – 11)	98	37.00
สูง (ช่วงคะแนน 12 – 15)	163	61.50
$\bar{X} = 12.60$, S.D = 1.84, Max = 15, Min = 6		

จากตาราง 16 พบว่าระดับความพึงพอใจคำตอบแทน ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 12 – 15 คะแนน) จำนวน 163 คน รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 8 – 11 คะแนน) จำนวน 98 คน และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 3 – 7 คะแนน) จำนวน 4 คน ร้อยละ 61.50, 37.00 และ 1.50 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจคำตอบแทน เท่ากับ 12.60 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.84 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจคำตอบแทน จำแนกรายข้อ (n = 265)

ความพึงพอใจคำตอบแทน รายข้อ	ระดับความความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
จำนวน(ร้อยละ)							
1. ท่านคิดว่าคำตอบแทนจาก การดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญ และจำเป็น	50 (18.90)	155 (58.50)	39 (14.70)	21 (7.90)	0 (0.00)	3.88 (0.80)	สูง
2. ท่านคิดว่าจำนวนเงินมี ความเหมาะสมกับภาระ การ ดูแลที่ได้รับมอบหมาย	45 (17.00)	144 (54.30)	63 (23.80)	13 (4.90)	0 (0.00)	3.83 (0.76)	สูง
3. ท่านมีความพึงพอใจต่อ คำตอบแทนที่ได้รับ	43 (16.20)	160 (60.40)	53 (20.00)	7 (2.60)	2 (0.80)	3.89 (0.73)	สูง

จากตาราง 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความพึงพอใจค่าตอบแทน โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.73$) คือ ท่านมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.83$, $SD = 0.76$) คือ ท่านคิดว่าจำนวนเงินมีความเหมาะสมกับภาระการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายละเอียด ดังตาราง 18 - 26

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 265)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ช่วงคะแนน 14 – 32.67)	1	0.30
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 32.68 – 51.35)	90	34.00
สูง (ช่วงคะแนน 51.36 – 70)	174	65.70
$\bar{X} = 54$, $S.D = 6.37$, $Max = 70$, $Min = 28$		

จากตาราง 18 พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 51.36 – 70 คะแนน) จำนวน 174 คน ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 32.68 – 51.35 คะแนน) จำนวน 90 คน และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 14 – 32.67 คะแนน) จำนวน 1 คน ร้อยละ 65.70, 34.00 และ 0.30 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 54 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.37 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 28 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 70 คะแนน

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจาก
ครอบครัว (n = 265)

ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 4.68 – 7.35)	69	26.00
สูง (ช่วงคะแนน 7.36 – 10)	196	74.00
$\bar{X} = 8.14, S.D = 1.34, \text{Max} = 10, \text{Min} = 5$		

จากตาราง 19 พบว่าระดับการสนับสนุนจากครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ใน
ระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 7.36 – 10 คะแนน) จำนวน 196 คน รองลงมา คือ ระดับปานกลาง
(คะแนนอยู่ในช่วง 4.68 – 7.35 คะแนน) จำนวน 69 คน ร้อยละ 74.00 และ 26.00 ตามลำดับ โดยมี
คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 8.14 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานเท่ากับ 1.34 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนจาก
ครอบครัว จำแนกรายข้อ (n = 265)

การสนับสนุนจากครอบครัว รายข้อ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
1. ครอบครัวของท่านมีความ ยินดี และสนับสนุนให้ท่าน ทำงานในหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ	83 (31.30)	124 (46.80)	56 (21.10)	2 (0.80)	0 (0.00)	4.09 (0.74)	สูง
2. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชม จากครอบครัว เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุ	69 (26.00)	142 (53.60)	54 (20.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.06 (0.68)	สูง

จากตาราง 20 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยรายช้อยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.74$) คือ ครอบครัวของท่านมีความยินดี และสนับสนุนให้ท่านทำงานในหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และรายช้อยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.68$) คือ ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ($n = 265$)

ระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ช่วงคะแนน 2 – 4.67)	2	0.80
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 4.68 – 7.35)	62	23.40
สูง (ช่วงคะแนน 7.36 – 10)	201	75.80
$\bar{X} = 8.02$, $S.D = 1.16$, $Max = 10$, $Min = 3$		

จากตาราง 21 พบว่าระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 7.36 – 10 คะแนน) จำนวน 201 คน รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 4.68 – 7.35 คะแนน) จำนวน 62 คน และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 2 – 4.67 คะแนน) จำนวน 2 คน ร้อยละ 75.80, 23.40 และ 0.80 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน เท่ากับ 8.02 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.16 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน จำแนกรายข้อ (n = 265)

การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน รายข้อ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
1. ท่านได้รับความช่วยเหลือให้คำปรึกษาจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้ท่านมีกำลังใจในการทำงานและทำงานได้สำเร็จ	65 (24.50)	165 (62.30)	34 (12.80)	0 (0.00)	1 (0.40)	4.11 (0.63)	สูง
2. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเพื่อนร่วมงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	45 (17.00)	158 (59.60)	58 (21.90)	3 (1.10)	1 (0.40)	3.92 (0.68)	สูง

จากตาราง 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.63$) คือ ท่านได้รับความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้ท่านมีกำลังใจในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ และทำงานได้สำเร็จ และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.68$) คือ ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเพื่อนร่วมงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n = 265)

ระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ช่วงคะแนน 4 – 9.33)	25	9.40
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 9.34 – 14.67)	131	49.40
สูง (ช่วงคะแนน 14.68 – 20)	109	41.10
$\bar{X} = 13.60$, $S.D = 3.03$, $Max = 20$, $Min = 4$		

จากตาราง 23 พบว่าระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 9.34 – 14.67 คะแนน) จำนวน 131 คน รองลงมา คือ ระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 14.68 – 20 คะแนน) จำนวน 109 คน และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 4 – 9.33 คะแนน) จำนวน 25 คน ร้อยละ 49.40, 41.10 และ 9.40 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากชุมชน เท่ากับ 13.60 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.03 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายข้อ (n = 265)

การสนับสนุนจากชุมชน/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายข้อ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
1. ท่านได้รับการสนับสนุน สิ่งของ หรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงจากองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเพียงพอ	29 (10.90)	95 (35.80)	97 (36.60)	26 (9.80)	18 (6.80)	3.34 (1.03)	ปาน กลาง
2. ท่านได้รับการสนับสนุน งบประมาณ จากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น อย่าง เพียงพอ	26 (9.80)	100 (37.70)	102 (38.50)	28 (10.60)	9 (3.40)	3.40 (0.92)	ปาน กลาง
3. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชม จากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น หรือคนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	25 (9.40)	135 (50.90)	94 (35.50)	6 (2.30)	5 (1.90)	3.64 (0.76)	ปาน กลาง
4. ท่านได้รับการสนับสนุน รางวัลจากเจ้าหน้าที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคนใน ชุมชน เพื่อให้เกิดกำลังใจใน การปฏิบัติงาน	15 (5.70)	94 (35.50)	107 (40.40)	33 (12.50)	16 (6.60)	3.22 (0.95)	ปาน กลาง

จากตาราง 24 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 0.76$) คือ ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 0.95$) คือ ท่านได้รับการสนับสนุนรางวัลจากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคนในชุมชน เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ตาราง 25 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 265)

ระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ช่วงคะแนน 6 – 13)	1	0.40
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 14 – 22)	63	23.80
สูง (ช่วงคะแนน 23 – 30)	201	75.80
$\bar{X} = 24.27$, $S.D = 2.89$, $Max = 30$, $Min = 12$		

จากตาราง 25 พบว่าระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 23 – 30 คะแนน) จำนวน 201 คน รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 14 – 22 คะแนน) จำนวน 63 คน และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 6 – 13 คะแนน) จำนวน 1 คน ร้อยละ 75.80, 23.80 และ 0.40 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 24.27 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.89 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน

ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการสนับสนุนจาก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกรายข้อ (n = 265)

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข รายข้อ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถให้คำปรึกษาใน การดูแลผู้สูงอายุให้กับท่าน ได้	117 (44.20)	135 (59.90)	13 (4.90)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.39 (0.58)	สูง
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วม ช่วยแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติงานของผู้สูงอายุ	116 (43.80)	139 (52.50)	10 (3.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.40 (0.56)	สูง
3. ท่านได้รับการนิเทศงาน หรือติดตามการปฏิบัติงาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างสม่ำเสมอ	85 (32.10)	161 (60.80)	17 (6.40)	1 (0.40)	1 (0.40)	4.24 (0.62)	สูง
4. ท่านได้รับการสนับสนุน สิ่งของ หรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อ ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างเพียงพอ	54 (20.40)	126 (47.50)	76 (28.70)	3 (1.10)	6 (2.30)	3.83 (0.84)	สูง
5. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	46 (17.40)	144 (54.30)	69 (20.60)	3 (1.10)	3 (1.10)	3.86 (0.75)	สูง
6. ท่านได้รับการสนับสนุน รางวัลจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อให้เกิด กำลังใจในการปฏิบัติงาน	35 (13.20)	115 (43.40)	91 (34.30)	15 (5.70)	9 (3.40)	3.57 (0.91)	ปาน กลาง

จากตาราง 26 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.56$) คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมช่วยแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.91$) คือ ท่านได้รับการสนับสนุนรางวัลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี รายละเอียด ดังตาราง 27 - 28

ตาราง 27 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี (n = 265)

การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ช่วงคะแนน 20 – 46.67)	6	2.30
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 46.68 – 73.35)	235	88.70
สูง (ช่วงคะแนน 73.36 – 100)	24	9.10
$\bar{X} = 63.32$, $S.D = 8.37$, $Max = 96$, $Min = 36$		

จากตาราง 27 พบว่าระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 46.68 – 73.35 คะแนน) จำนวน 235 คน รองลงมา คือ ระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 73.36 – 100 คะแนน) จำนวน 24 คน และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 20 – 46.67 คะแนน) จำนวน 6 คน ร้อยละ 88.70, 9.10 และ 2.30 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 63.32 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.37 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 36 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 96 คะแนน

ตาราง 28 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามบทบาท
การทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนกราย
ชื่อ (n = 265)

การปฏิบัติตามบทบาทการ ทำงานของผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัด อุดรดิตถ์ รายชื่อ	การปฏิบัติ					\bar{X} (SD)	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
1. ท่านให้การดูแลในด้าน ความสุขสบายของร่างกาย เช่น เช็ดตัวอาบน้ำ สระผม ทำความ สะอาดเล็บ นวดหลัง	13 (4.90)	60 (23.40)	125 (47.20)	62 (23.40)	5 (1.90)	3.05 (0.86)	ปาน กลาง
2. ท่านหากิจกรรมทางเลือกเพื่อ การผ่อนคลายให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ดนตรีบำบัด การนวดบำบัด นั่ง สมาธิ สวดมนต์	19 (7.20)	148 (55.80)	88 (33.20)	5 (1.90)	5 (1.90)	3.65 (0.73)	ปาน กลาง
3. ท่านให้การดูแลสภาพ แวดล้อมในห้องน้ำ ห้องนอน และภายในบ้านให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ เอื้อต่อการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	30 (11.30)	165 (62.30)	60 (22.60)	6 (2.30)	4 (1.50)	3.80 (0.73)	สูง
4. ท่านจัดการสิ่งปฏิกูลและมูล ฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยทิ้งในภาชนะมีฝาปิด ไม่มี แมลงรบกวน	30 (11.30)	177 (66.80)	42 (15.80)	11 (4.20)	5 (1.90)	3.82 (0.76)	สูง
5. ท่านจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอยที่ เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ให้ ปนเปื้อนกับอาหาร	39 (14.70)	167 (63.00)	47 (17.70)	8 (3.00)	4 (1.50)	3.86 (0.75)	สูง

ตาราง 28 (ต่อ)

การปฏิบัติตามบทบาทการ ทำงานของผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัด อุตรดิตถ์ รายข้อ	การปฏิบัติ					\bar{X} (SD)	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
6. ท่านจัดการสิ่งปฏิกูลและมูล ฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยระวังป้องกัน ไม่ให้ก่อให้เกิด เหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้ เคียง	39 (14.70)	153 (57.70)	60 (22.60)	9 (3.40)	4 (1.50)	3.81 (0.87)	สูง
7. ท่านให้การดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ ให้ถูก สุขลักษณะปลอดภัย เหมาะสม กับวัยของผู้สูงอายุ ด้านการ รับประทานอาหาร	31 (11.70)	142 (53.60)	60 (22.60)	23 (8.70)	9 (3.40)	3.62 (0.92)	ปาน กลาง
8. ท่านให้การดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ ให้ถูก สุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสม กับวัยของผู้สูงอายุ ด้านการนอน หลับพักผ่อน	27 (10.20)	131 (49.40)	74 (27.90)	25 (9.40)	8 (3.00)	3.54 (0.91)	ปาน กลาง
9. ท่านให้การดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ ให้ถูก สุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสม กับวัยของผู้สูงอายุด้านการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	29 (10.90)	130 (49.10)	74 (27.90)	23 (8.70)	9 (3.40)	3.55 (0.92)	ปาน กลาง
10. ท่านให้การดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุให้ถูก สุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสม กับวัยของผู้สูงอายุด้านการ ขับถ่าย	23 (8.70)	122 (46.00)	75 (28.30)	30 (11.30)	15 (5.70)	3.41 (0.99)	ปาน กลาง

ตาราง 28 (ต่อ)

การปฏิบัติตามบทบาทการ ทำงานของผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัด อุตรดิตถ์ รายข้อ	การปฏิบัติ					\bar{X} (SD)	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
11. ท่านประกอบอาหารให้ ผู้สูงอายุ หรือให้คำแนะนำญาติ ดำเนินการเตรียม ปรง ประกอบ อาหาร พร้อมทั้ง ดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุงประกอบ อาหารให้สะอาด และถูก สุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้าง มือให้สะอาดอยู่เสมอ	42 (15.80)	119 (44.90)	76 (28.70)	15 (5.70)	13 (4.90)	3.61 (0.98)	ปาน กลาง
13. ท่านสังเกตและประเมิน ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากแบบประเมินความเครียด (ST5), ภาวะซึมเศร้า(2Q,9Q) หรือแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และรายงานเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	52 (19.60)	152 (57.40)	56 (21.10)	5 (1.90)	0 (0.00)	3.95 (0.69)	สูง
14. ท่านดำเนินการส่งต่อ ผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุ ฉุกเฉิน เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ตามระบบ การส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง	47 (17.70)	145 (54.70)	49 (18.50)	16 (6.00)	8 (3.00)	3.78 (0.91)	สูง
15. ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้สูง อายุ	117 (44.20)	126 (47.50)	18 (6.80)	2 (0.80)	2 (0.80)	4.34 (0.71)	สูง
16. ท่านได้กล่าวคำยอชมเชย เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติตนหรือมี อาการที่ดีขึ้น	101 (38.10)	141 (53.20)	22 (8.30)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.29 (0.63)	

ตาราง 28 (ต่อ)

การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุตรดิตถ์ รายข้อ	การปฏิบัติ					\bar{X} (SD)	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน(ร้อยละ)						
17. ท่านฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน	72 (27.20)	167 (63.00)	21 (7.90)	5 (1.90)	0 (0.00)	4.15 (0.64)	สูง
18. ท่านได้สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุ เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และรายงานให้ญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ	71 (26.80)	148 (55.80)	43 (16.20)	3 (1.10)	0 (0.00)	4.08 (0.69)	สูง
19. ท่านดำเนินการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด	44 (16.60)	109 (41.10)	92 (34.70)	19 (7.20)	1 (0.40)	3.66 (0.85)	ปานกลาง
20. ท่านจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน และรายงานต่อพี่เลี้ยง หรือผู้จัดการระบบ	51 (19.20)	103 (38.90)	73 (27.50)	36 (13.60)	2 (0.80)	3.62 (0.97)	ปานกลาง

จากตาราง 28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อพิจารณารายข้อค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.71$) คือ ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.05$, $SD = 0.86$) คือ ท่านให้การดูแลในด้านความสบายของร่างกาย เช่น เช็ดตัวอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดเล็บ นวดหลัง เป็นต้น

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรธานี โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

1. การตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อน พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ โดยจากภาพพล็อตกราฟ Normal P-P plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีแนวโน้มเป็นเส้นตรง

2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ โดย ค่าRegression Standardized Residual และค่า Regression Standardized Predictive Value มีการกระจายอยู่รอบๆ 0

3. การตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson พบว่าค่าคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.990 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5 – 2.5)

4. จากตาราง One-Sample Test ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e) = 0$)

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) จากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่า ค่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity โดยมีค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.996 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.004 ไม่เกิน 10

สรุปผลการตรวจสอบเบื้องต้น (Assumption) ทั้ง 5 ข้อ ผ่านเกณฑ์พิจารณา ดังนั้นจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้

ตาราง 29 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่าง ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. กับ การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ (Stepwise)

ตัวแปร	R ² change	β	Beta	t	p-value
- ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.633	0.304	0.258	4.403	< 0.001*
- การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.021	0.113	0.152	2.596	0.010
- การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	0.013	0.084	0.128	2.191	0.029
Constant (a) = 1.422 R square = 0.667 Adjusted R square = 0.660 F = 163.876, p-value < 0.001					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 29 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก คือ ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.667 แสดงว่า ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 66.70 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 2 คือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก 0.021 แสดงว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนสำคัญในการทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 2.10 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น 0.013 แสดงว่า การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มีส่วนสำคัญในการทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 1.30 แต่เมื่อตัวแปรทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอนเพื่อหาตัวแปรทำนาย จึงยุติลง

ในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด นั่นคือ ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. สามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ได้ ร้อยละ 66 และสามารถสร้างสมการทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง = $1.422 + 0.304$ (ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง) + 0.113 (การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) + 0.084 (การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.)

จากสมการแสดงว่า ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.304 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง จะเพิ่มขึ้น 0.304 หน่วย

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.113 เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง จะเพิ่มขึ้น 0.113 หน่วย

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.084 หมายความว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

เมื่อเรียงลำดับความสามารถในการพยากรณ์โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ได้มากที่สุดคือ ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ($\beta = 0.304$, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.113$, $p = 0.010$) และการศึกษา ระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ($\beta = 0.084$, $p = 0.029$)

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยตัวแปรอิสระที่ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ และความพึงพอใจ ค่าตอบแทน และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแปรตามที่ศึกษา คือ การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 265 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ วิธีการการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยมีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48.04 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 72 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 1 – 3 ปี

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ปวยที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ปวยที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ปวยที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.80

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ เท่ากับ 33.20 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.98 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนคนทั่วไปการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จึงมีความจำเป็น และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่สามารถให้เวลากับอาชีพการงานได้เต็มที่

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การได้รับการยอมรับ และความพึงพอใจค่าตอบแทน พบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานรวม เท่ากับ 57.40 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.48 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 45 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 69 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ เท่ากับ 11.94 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.51 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุท่านได้รับความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุในการร่วมแก้ปัญหาต่างๆ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน

ผลการวิเคราะห์ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน เท่ากับ 13 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.44 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 9 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านคิดว่าการมีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็วและประสบความสำเร็จมากขึ้น และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ระดับการได้รับการยอมรับของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการยอมรับ เท่ากับ 20.82 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.12 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจและยอมรับในตัวท่าน และรายที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่าคนในชุมชนมีความเชื่อมั่น และยอมรับในตัวท่าน

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจค่าตอบแทน ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจค่าตอบแทน เท่ากับ 12.60 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.84 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่าจำนวนเงินมีความเหมาะสมกับภาระการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมภาพรวม เท่ากับ 54 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.37 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 28 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 70 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 8.14 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.34 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ครอบครัวของท่านมีความยินดีและสนับสนุนให้ท่านทำงานในหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน เท่ากับ 8.02 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.16 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้รับความช่วยเหลือให้คำปรึกษาจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้ท่านมีกำลังใจในการทำงานดูแลผู้สูงอายุและทำงานได้สำเร็จ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเพื่อนร่วมงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากชุมชน เท่ากับ 13.60 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.03 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคนในชุมชนเกี่ยวกับการดูแล

ผู้สูงอายุ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับการสนับสนุนรางวัลจากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคนในชุมชน เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 24.27 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.89 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมช่วยแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับการสนับสนุนรางวัลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 63.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.37 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 36 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 96 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.71$) คือ ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.05$, $SD = 0.86$) คือ ท่านให้การดูแลในด้านความสบายของร่างกาย เช่น เช็ดตัวอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดเล็บ นวดหลัง เป็นต้น

7. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($p < 0.001$) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($p = 0.010$) และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ($p = 0.029$)

อภิปรายผล

การจากศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายผล ดังนี้

การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ ระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.70 ($\bar{X} = 63.32$, $SD = 8.37$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการการศึกษาของเอนก กลิ่นรส (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง พบว่า ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตำบลโคกชะงาย ภาวรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.13 ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการการศึกษาของ จีรารวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.90 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนา ยุส คำโสม และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับดี และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวิช วงศ์ไชยชาญ (2561) ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาวรวมอยู่ในระดับมาก อาจเป็นไปได้ว่า นโยบายการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันเช่น นโยบายของผู้บริหาร การปกครองบังคับบัญชาและค่าตอบแทน จึงทำให้ระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการแสดงออกพฤติกรรมที่ดี และการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลฯเป็นคนที่อาศัยอยู่ในชุมชน เห็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ไม่สุขสบายทางร่างกายหรือจิตใจ จึงรู้สึกเห็นใจอยากช่วยเหลือ จึงทำให้การปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลได้ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปฏิบัติงานของ Schermerhorn et al. (1991) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ ทัศนคติ ความ

ต้องการ บุคลิกภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของยูพา พูซิ่น (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.010) แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเป็นไปได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ติดตามการดำเนินงานและพบปะกับผู้ดูแลผู้สูงอายุบ่อยครั้ง ให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้นทำให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามบทบาทตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Schermerhorn et al. (1991) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากองค์กรในด้านต่างๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของชญาส คำโสม และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า การติดตามงานจากผู้จัดการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของยูพา พูซิ่น (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่าการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chuluunbaatar et al. (2017) ศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงภาระการดูแลของผู้ดูแลนอกระบบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศมองโกเลีย พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาระการดูแลและบทบาทของผู้ดูแล

การศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.029) แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อปัจจัยในการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มีพื้นฐานการเรียนรู้มากกว่าคนไม่ได้เรียนหนังสือ จึงเข้าใจวิธีการการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่า ทำให้ปฏิบัติตามบทบาทได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

จารุณี รัตนจินตตาม (2560) ศึกษาเรื่องแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ottaviani et al. (2020) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในบราซิล พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้บทบาทในผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ควรกำหนดให้มีนโยบายสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแล ติดตาม การให้ข้อมูล รวมทั้งการให้ขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนินอย่างต่อเนื่อง เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.2 จากผลการศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดูแลในด้านความสุขสบายของร่างกาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์จึงควรกำหนดนโยบายการพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้ดูแล โดยเน้นในด้านการดูแลความสะอาด ความสบายร่างกายเพิ่มขึ้น

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ควรมีแนวทางการคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดอุดรดิตถ์ต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติการ

จากผลการศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรดิตถ์ พบปัจจัยที่ต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้งานดูแลผู้สูงอายุ มีคุณค่า ทำหาย น่าสนใจ และเกิดการยอมรับ ทำให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทการทำงาน ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ อาจทำให้ได้รับรายละเอียดไม่เพียงพอครบถ้วน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลร่วมด้วย เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการส่งเสริมบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุเอง อาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนหรือมีอคติได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป อาจพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการดูแล คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมด้วย เพื่อให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น



บรรณานุกรม

- กมลพร กัลยาณมิต. (2559). แรงจูงใจ 2 ปัจจัย พลังสู่ความสำเร็จ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์* (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 6(3), 175-183.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). รายงานสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560. สืบค้น 3 พฤศจิกายน 2561, จาก <https://www.dop.go.th/th>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (ltc)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัญญา ศรีประยูร. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง. *วารสารสุโขศึกษา*, 42(2), 44-51.
- กัลยารัตน์ อธิระชนชัยกุล. (2559). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และสมุทรปราการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- กীরติ กิจธีระวุฒิมวงษ์, และนิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15-24.
- คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ. (2556). *คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- จารุณี รัตนจินตตาม. (2560). *แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- จิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, และสุรินทร กลั้มพากร. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจริญชัย หมั่นห่อ, และสุพรรณิพัลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 6(1), 79-86.
- ชญาส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น, และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชวณัฐ รัตโนสถ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี (มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
- โชติกา ระโส. (2555). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงกมล หน่อแก้ว, และชุนกร แก้วมณี. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AEC (น. 187-197). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, และเพชร ชวนะพันธ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. นนทบุรี: สระบุรี ศูนย์อนามัยที่ 2.
- ทวิช วงศ์ไชยชาญ. (2561). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 12(3), 556-585.
- ทวิ โกสุมา. (2564). การปฏิบัติงานของตำรวจยุคใหม่เพื่อความโปร่งใสเป็นธรรม. บัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์, 9(2), 25-32.
- ธนาภรณ์ ตั้งทองสว่าง. (2564). แรงสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัยในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร วังท่าพระ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นลพรรณ บุญฤทธิ์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฐมวงศ์ สีหาเสนา. (2557). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลค่ายเนินวง ตำบลบางกะจะ อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2560). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(1), 31-63.

- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข.
วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 16(2), 9-17.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุใน
ระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2559.
กรุงเทพฯ: พรินท์เทอร์รี่.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2562.
กรุงเทพฯ: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุพา พูชื่น. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแล ผู้สูงอายุ
ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ลัดดา รักษารายบรรณ. (2557). การพัฒนาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปในมหาวิทยาลัย
บูรพา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิษณุ ตปสมปนโน. (2563). การประยุกต์ใช้หลักอิทธิบาท 4 ในการปฏิบัติงาน. บัณฑิตศึกษาปริทรรศน์
วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์, 8(2), 173-184.
- ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย.
วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(3), 14-25.
- ศิริภาณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2556). รายงานการวิจัย เรื่อง
ผลกระทบและการดูแลผู้สูง อายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรม. นนทบุรี: สถาบันวิจัย ระบบ
สาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัช เอกพลากร, และบวรศม ลีระ
พันธ์. (2561). การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) สำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2560). ทะเบียน care giver จังหวัดอุดรธานี ปี 2560.
อุดรธานี: งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2563). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณี
ปกติระดับกระทรวงสาธารณสุข. อุดรธานี: งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long
Term Care) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2563). *คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง*. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.

สุขศิริ ประสมสุข, ญฐกร นิลเนตร, และเกรียงไกร เกิดหนู. (2563). การศึกษาความรู้ ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 7(1), 1-12.

สุพัฒนา คำสอน. (2561). *เอกสารประกอบการสอน รายวิชาชีวิตสถิติสำหรับการวิจัยทางสาธารณสุข*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุภาพร เจือมา, และชนะพล ศรีฤชา. (2561). ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(3), 54-60.

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(2), 71-84.

อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง, และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 235-245.

เอนก กลิ่นรส. (2560). *ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง: มหกรรมวิชาการสาธารณสุขระดับจังหวัด จังหวัดพัทลุง ประจำปี 2561*. สืบค้น 9 มีนาคม 2562, จาก http://203.157.229.18/ptvichakarn61/index_end.php

Ahmad, A., & Omar, Z. (2012). Effects of informal work-family support on job performance: Mediating roles of work-family conflict and job satisfaction. *The Journal of International Management Studies*, 7(2), 202-206.

Bloom, S. B. (1976). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill Companies.

Chuluunbaatar, E., Pu, C., & Chou, Y. (2017). Changes in caregiver burden among informal caregivers of stroke patients in mongolia. Retrieved April 20, 2019, from <http://sslvpn.nu.ac.th/proxy/49a13368/https/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?te>

rm=Changes+in+caregiver+burden+among+informal+caregivers+of+stroke+patients+in+Mongolia

- Daniel, W. W., & Ross, C. L. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.): John Wiley & Sons.
- Greenwood, N., Pound, C., Smith, R., & Brearley, S. (2019). Experiences and support needs of older carers. Retrieved April 21, 2019, from <https://sslvpn.nu.ac.th/proxy/49a13368/https/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31027676>
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social support* (4th ed. ed., pp. 13-23). Philadelphia: Addison Wesley.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In L. S. Cohen & B. G. Underwood (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 107-140). New York: Oxford University.
- Loudon, D. L., & Bitta, D. A. J. (1988). *Consumer behavior: Concept and applications* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Naing, M. Z., May, S. Y., & Aung, M. H. (2020). Caregiver burden from caring for dependent elderly in yangon, the republic of the union of myanmar. *Makara Journal of Health Research*, 24(1), 13-20.
- Ottaviani, A. C., Bregola, A. G., Terassi, M., Luchesi, B. M., Souza, É. N., Oliveira, N. A. d., . . . Pavarini, S. C. I. (2020). Comparison of cognitive performance and aspects of the care context in elderly caregivers in brazil: A follow-up study. *Dementia & Neuropsychologia*, 14, 159-164.
- Pavarini, S. C. I., Brigola, A. G., Ottaviani, A. C., Luchesi, B. M., Souza, É. N., Rossetti, E. S., . . . Manzine, P. R. (2018). Factors associated with cognitive performance in elderly caregivers. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 76(10), 685-691.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1997). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch journal of educational research*, 2, 49-60.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Schermerhorn, J. R., Jr., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. (1991). *Managing organizational behavior* (7th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Singh, T., & Mathur, K. (2022). Significance of burden and competence of caregiving among elderly patients of dementia. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 10(1), 80-84.
- Walter, K. (1978). *The working class in welfare capitalism*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Zeng, Y., Hu, X., Li, Y., Zhen, X., Gu, Y., Sun, X., & Dong, H. (2019). The quality of caregivers for the elderly in long-term care institutions in zhejiang province, china. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 1-12.



ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม
แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จังหวัดอุดรดิตถ์

ชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่งมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาท
การทำงานของดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยใคร่
ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอรับรองว่า การตอบ
แบบสอบถามในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่าน และข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น
แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามนี้มี 6 ส่วน ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน | จำนวน 14 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม | จำนวน 14 ข้อ |
| ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของดูแลผู้สูงอายุ | จำนวน 17 ข้อ |

นางสาวศิวพร ชุ่มเย็น

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 - 1) โสด 2) คู่ (อยู่ด้วยกัน) 3) คู่ (แยกกันอยู่)
 - 4) หย่าร้าง 5) หม้าย 6) อื่นๆ ระบุ.....
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับ
 - 1) ไม่ได้เรียน 2) ประถมศึกษา
 - 3) มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.
 - 5) ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
 - 7) อื่นๆ ระบุ.....
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก
 - 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) เกษตรกร
 - 3) ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย 4) รับจ้าง
 - 5) แม่บ้าน 6) อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระบุ.....บาท ต่อเดือน
7. ท่านเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อนการทำงานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหรือไม่
 - 1) ไม่เคย 2) เคย ระยะเวลา ระบุ.....ปี.....เดือน
8. ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ระบุ.....ปี.....เดือน
9. จำนวนผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ ระบุ.....คน
10. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมามีท่านเคยได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่
 - 1) เคย 2) ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. การวัดอุณหภูมิร่างกายทางปาก ถ้าสูงกว่า 37.5° C ถือว่ามีไข้		
2. นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วย เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ		
3. หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำ ผู้ดูแลควรให้ยาระบายแก่ผู้สูงอายุทุกวัน เพื่อไม่ให้รู้สึกแน่น อึดอัดท้อง		
4. การพูดสื่อสารกับผู้สูงอายุ ควรพูดช้า ชัด ใช้คำง่ายๆ		
5. ในคนปกติ ความดันโลหิตไม่ควรเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท		
6. อาหารที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง คือ อาหารที่มีรสเค็ม		
7. เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีบาดแผล มีเลือดออก การปฐมพยาบาลเบื้องต้น คือ การห้ามเลือด โดยใช้ผ้าสะอาด หรือผ้ากอซ กดบนแผล		
8. ข้อควรปฏิบัติเมื่อดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายสวนปัสสาวะคือ เทปัสสาวะออกจากถุง วันละ 2-3 ครั้ง หรืออย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง		
9. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ที่เป็นลมหมดสติ คือ ให้นอนศีรษะต่ำ (ไม่ต้องหนุนหมอน) ปลดเสื้อผ้าและเข็มขัดให้หลวม และใช้ยาตาม หรือแอมโมเนียให้ดม		
10. การป้อนอาหารควรจัดให้ผู้สูงอายุนอนศีรษะสูง เพื่อกลืนอาหารสะดวก และป้องกันการสำลักอาหาร		
11. ถ้าผู้สูงอายุสำลักอาหาร ให้ช่วยเหลือโดยให้ผู้สูงอายุไอออกมาแรงๆ ถ้าไม่ออกให้ใช้วิธีกดหน้าท้องช่วย		
12. การเตรียมจัดทำที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง คือ ควรจัดให้นอนราบ เพื่อให้อาหารไหลลงกระเพาะอาหารสะดวก		
13. ในข้อควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร เมื่อพบสายยางให้อาหารหลุดควรใส่กลับทันที		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
14. การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ ควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย		
15. การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่ายให้แก่ผู้สูงอายุ ควรเช็ดจากด้านล่างขึ้นด้านบน		
16. เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องร่วง ควรให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำมากๆ		
17. การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดิน ควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ		
18. หากผู้สูงอายุล้มและมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำ นวดคลึงโดยเร็ว		
19. การเข้าเฝือกชั่วคราวให้พ้นทับบริเวณกระดูกหัก และมดยึดข้อต่อ บริเวณเหนือและใต้กระดูกหัก		
20. ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละระดับความคิดเห็นมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่มีความรู้สึกหรือมีบ้างบางครั้ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เหมือนคนทั่วไป การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จึงมีความจำเป็น					
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทำ ทาย และน่าสนใจ					
3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น และเราสามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เกิดความเข้าใจระหว่างกัน ได้โดยง่าย					
4. ท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมให้การ ยอมรับ					
5. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุ และเห็นผู้สูงอายุมี สุขภาพแข็งแรง					
6. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อเห็นผู้สูงอายุเกิดความไม่ สุขสบายทางกายหรือใจ					
7. การดูแลผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ขึ้นได้					
8. การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่สามารถให้เวลากับ อาชีพการงานได้เต็มที่					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละระดับความคิดเห็นมีความหมาย ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
 ไม่แน่ใจ หมายถึง คำตอบนั้นไม่มีความรู้สึกหรือมีบ้างบางครั้ง
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุ					
1. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน					
2. เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ ท่านได้รับความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุในการร่วมแก้ปัญหาต่างๆ					
3. ท่านได้รับคำชื่นชมจากผู้สูงอายุให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน					
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน					
4. ท่านคิดว่าการมีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็ว และประสบความสำเร็จมากขึ้น					
5. ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้สูงอายุ					
6. เมื่อท่านมีปัญหาเพื่อนร่วมงานจะคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือท่านได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
การได้รับการยอมรับ (ต่อ)					
7. เพื่อนร่วมงานรับฟังความคิดเห็นของท่าน และยอมรับเมื่อท่านแสดงความคิดเห็น					
8. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ และยอมรับในตัวท่าน					
9. ท่านคิดว่าญาติผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ และยอมรับในตัวท่าน					
10. ท่านคิดว่าคนในชุมชนมีความเชื่อมั่น และยอมรับในตัวท่าน					
11. ท่านคิดว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่น และยอมรับในตัวท่าน					
ค่าตอบแทน					
12. ท่านคิดว่าค่าตอบแทนจากการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญและจำเป็นกับท่าน					
13. ท่านคิดว่าจำนวนเงินมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย					
14. ท่านมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละระดับความคิดเห็นมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงสิ่งที่ท่านได้รับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงสิ่งที่ท่านได้รับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	คำตอบนั้นท่านได้รับบ้างบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้รับมาก
น้อยที่สุด	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้รับมากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการได้รับสนับสนุน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนจากครอบครัว					
1. ครอบครัวของท่านมีความยินดี และสนับสนุนให้ท่านทำงานในหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ					
2. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน					
3. ท่านได้รับความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้ท่านมีกำลังใจในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ และทำงานได้สำเร็จ					
4. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเพื่อนร่วมงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
5. ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของ หรือวัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเพียงพอ					
6. ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างเพียงพอ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการได้รับสนับสนุน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
8. ท่านได้รับการสนับสนุนรางวัลจากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคนในชุมชน เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน					
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุให้กับท่านได้ เมื่อท่านต้องการ					
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมช่วยแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ					
11. ท่านได้รับการนิเทศงาน หรือติดตามการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ					
12. ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของ หรือวัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ					
13. ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
14. ท่านได้รับการสนับสนุนรางวัลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับการปฏิบัติของ
 ท่านมากที่สุด

บทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
บทบาทด้านให้การดูแล					
1. ท่านให้การดูแลในด้านความสุขสบายของร่างกาย เช่น เช็ดตัวอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดเล็บ ขนาดหลัง เป็นต้น					
2. ท่านหากิจกรรมทางเลือกเพื่อการผ่อนคลายให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ดนตรีบำบัด การนวดบำบัด นั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น					
3. ท่านให้การดูแลสภาพแวดล้อม ในห้องน้ำ ห้องนอน และภายในบ้านให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ					
4. ท่านจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ มีฝาปิดมิดชิด ไม่มีสัตว์หรือแมลงมารบกวน					
5. ท่านจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหาร					
6. ท่านจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยระวังป้องกันไม่ให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(ต่อ)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับการปฏิบัติของ
ท่านมากที่สุด

บทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ
บทบาทให้การช่วยเหลือ					
7. ท่านให้การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของ ผู้สูงอายุ ได้แก่					
7.1 การรับประทานอาหาร					
7.2 การนอนหลับพักผ่อน					
7.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย					
7.4 การขับถ่าย					
8. ท่านประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ หรือให้ คำแนะนำญาติดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบ อาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุก ขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ					
บทบาทให้การประคับประคอง					
9. ท่านสามารถประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และดูแล การเจ็บป่วยตามแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับญาติ ของผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างครบถ้วน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(ต่อ)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับการปฏิบัติของ
ท่านมากที่สุด

บทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ
10. ท่านสังเกตและประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากแบบประเมินความเครียด (ST5), แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q,9Q) หรือแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และรายงานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
11. ท่านดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง					
บทบาทให้การสนับสนุน					
12. ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ					
13. ท่านได้กล่าวคำอวยพรชมเชย เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติตนหรือมีอาการที่ดีขึ้น					
14. ท่านฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน					
บทบาทผู้ประสานงานและเชื่อมโยง					
15. ท่านได้สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ					
16. ท่านดำเนินการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด					
17. ท่านจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน และรายงานต่อพี่เลี้ยง หรือผู้จัดการระบบ					

ภาคผนวก ข เอกสารการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานฯ โทร.8642

ที่ อว 0603.01.13(1)/NU-IRB 3794 วันที่ 28 ตุลาคม 2563

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณารายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุโครงการวิจัย

เรียน นางสาวศิวพร ชุ่มเย็น นิสิตระดับปริญญาโท (ผศ.ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร : อาจารย์ที่ปรึกษา)

ตามที่ ท่านได้ส่ง รายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตต์ (หมายเลขโครงการ: 0791/62) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ ครั้งที่ 08/63 เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2563 ได้พิจารณารายงานความก้าวหน้าของการวิจัยแล้ว และได้มีมติ รับรองต่อเนื่อง ตั้งแต่ วันที่ 19 กันยายน 2563 ถึงวันที่ 19 กันยายน 2564

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดพิจารณาดำเนินการส่งรายงานปิดโครงการเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

(รองศาสตราจารย์สุทัศน์ เขียมวัฒนา)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 471/2020

IRB No. 0791/62



AF 02-14/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิวพร ชุ่มเย็น

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย (AF01-14) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์สุทัศน์ เขียมวัฒนา)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 10 ตุลาคม 2562

วันที่หมดอายุ : 10 ตุลาคม 2563

วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 19 กันยายน 2563

วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 19 กันยายน 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายการแรกที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่วันที่ใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

ภาคผนวก ค หนังสือรับรองการตอบรับผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์



ที่ วส.พปก. ๘/๖๕

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

๓๖ ถ.เลียบเนิน ต.วัดใหม่

อ.เมือง จ.จันทบุรี ๒๒๐๐๐

วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง รับต้นฉบับ และแจ้งปี-ฉบับของวารสารที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย

เรียน คุณศิวพร ชุ่มเย็น

ตามที่ท่านมีความประสงค์ส่งรายงานการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาท
การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุตรดิตถ์” เพื่อเผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี นั้น บัดนี้ กองบรรณาธิการวารสารได้ตรวจสอบต้นฉบับในเบื้องต้นพบว่า ต้นฉบับมี
เนื้อหาตรงตามขอบเขตของวารสาร มีส่วนประกอบครบถ้วน และมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนด จึงมีมติ
รับต้นฉบับ และจะดำเนินการเพื่อการลงตีพิมพ์รายงานการวิจัยดังกล่าวในวารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๖)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการดำเนินการทุกขั้นตอน

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.รุ่งนภา เชี่ยวชะอ่ำ)

บรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

