ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

พนิตเทพ ทัพพะรังสี

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

พนิตเทพ ทัพพะรังสี

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4”

ของ พนิตเทพ ทัพพะรังสี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กู้เกียรติ ก้อนแก้ว)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

อนุมัติ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

ผู้วิจัย นายพนิตเทพ ทัพพะรังสี

ประธานที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี

ประเภทสารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567

คำสำคัญ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, สมรรถนะ, การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, ทัศนคติ

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 232 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.1 มีอายุเฉลี่ย 56 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.0 มีส่วนใหญ่รายได้ระหว่าง 5000-15000 บาท และส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-4 ปีร้อยละ 67.7 มีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 71.6 มีความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 37.1 ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ร้อยละ 70.7 ได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่ในระดับปานกลางและได้รับแรงสนับสนุนจากผู้จัดการในระดับปานกลางถึงสูงมากกว่า ร้อยละ 97.0 สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.7 มี ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลมี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการ

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติการ ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 ควรมีนโยบายในการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนทางสังคมด้านการให้คำปรึกษา การติดต่อกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ดูแลได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในสังคมที่นอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว และควรมีรูปแบบการพัฒนาทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแล รวมทั้งการสนับสนุน การนิเทศติดตาม การควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

Title FACTORS INFLUENCING COMPETENCY OF 70 HOURS TRAINED ELDERLY CAREGIVERS UNDER LONG TERM CARE POLICY IN 4TH REGIOANAL HEALTH.

Author Panitthep Tupparungsri

Advisor Assistant Professor Phataraphon Markmee, Ph.D.

Academic Paper M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2024

Keywords Care giver, Competency, Assessment, Long term care, Older adult, Attitude

ABSTRACT

The aim of this cross-sectional research was to assess the competency of caregivers and examine the factors influencing the competency of caregivers who completed a 70-hour elderly care training course. The sample consisted of 232 elderly caregivers who had completed a 70-hour elderly caregiver training course and were currently working in Health Region 4. A questionnaire collected the data through a multi-stage random sampling process. Data analysis presented descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, and multiple regression statistics were examined to determine the factors influencing the competency.

The results showed that most of the caregivers were female (93.1%), with an average age of 56 years, and had an educational level of high school (53.0%). Most of them had an average income between 5,000 and 15,000 baht and had been caring for the elderly for 1-4 years (67.7%). Most of them had attitudes towards caring for the elderly at a moderate level (71.60%) and had high to severe levels of stress (37.10%). They received a high level of support from family at 70.70%, received a moderate level of support from the community at most, and received a moderate to high level of support from the manager at more than 97 percent. Most of the caregivers had competence at a high level (64.70%). Factors influencing competency of caregivers were age, community social support, and social support from managers.

We recommend that the administrators of Health Region 4 should have a policy for developing guidelines for social support in terms of counseling and contact with others so that caregivers can exchange knowledge with members of society other than family members. And there should be a model for developing skills in promoting health for the elderly for caregivers, including support, supervision, monitoring, and evaluation of the implementation continuously and consistently.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ คำปรึกษาตรวจสอบแก้ไขข้อมูลและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่ง ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อให้การวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวรที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบ ให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอทั้ง 3 อำเภอ ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำ วิจัยเป็นอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่านที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดียิ่งเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็น ประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

พนิตเทพ ทัพพะรังสี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ข

ประกาศคุณูปการ ..... ค

บทที่ 1 บทนำ **1**

ความเป็นมาของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

สมมติฐานของการวิจัย 5

ขอบเขตการวิจัย 6

คำสำคัญหรือคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 6

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง **8**

ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 8

แรงสนับสนุนทางสังคม 10

สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 12

การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง 13

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 15

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย 18

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย **19**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 19

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 19

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 20

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 21

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง 22

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย 22

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 23

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 27

การเก็บรวบรวมข้อมูล 28

การวิเคราะห์ข้อมูล 29

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 29

สารบัญ

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัย 30
ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 30
ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....33
ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....35
ข้อมูลความเครียด.....38
ข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน.....41
ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม ..... .42
ข้อมูลสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ 46
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70
ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4.....48
ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ.....54
บทที่ 5 บทสรุป 57
สรุปผลการวิจัย 57
อภิปรายผล 57
ข้อเสนอแนะ 61
บรรณานุกรม 63
ภาคผนวก.....66
ประวัติผู้วิจัย.....79

สารบัญตาราง

ตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....31
ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล.....33
ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ.....36
ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเครียดผู้ดูแล.....38
ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน.....41
ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว.....43
ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน.....44
ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....45
ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....46
ตาราง 10 แสดงตัวแปรและระดับการวัดค่าตัวแปร.....49
ตาราง 11 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง.....52
ตาราง 12 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ตัวแปรพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis) (n=232) 54
ตาราง 14 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พนุคูณ ตัวแปรพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยวิธีการวิเคราะหถดถอยพหุคูณ.....44

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....18
ภาพที่ 2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง.....21

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 7.97 ในปี พ.ศ.2493 เป็นร้อยละ 13.46 ในปี พ.ศ.2563 (United Nation, 2019) สำหรับประเทศในกลุ่มอาเซียนมีแนวโน้มของการเพิ่มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกับประชากรโลก ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ.2562 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.12 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าอาเซียนได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน โดยประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นสังคมผู้สูงอายุไปแล้ว คือ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม มาเลเซีย (ปราโมทย์ ประสาทกุล(บ.ก.), 2562)

สำหรับประเทศไทยนั้น จากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ.2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุตามคำจำกัดความของสหประชาชาติแล้ว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562)

ในปี พ.ศ.2566 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยสูงขึ้นเป็น 77 ปี ในขณะที่การเกิดในประเทศมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2513 ซึ่งเป็นช่วงก่อนมีนโยบายวางแผนครอบครัว อัตราการเจริญพันธ์รวมอยู่ที่ 6 คน แต่ในปี พ.ศ.2561 อัตราการเจริญพันธ์รวมลดลงอยู่ที่ 1.5 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562) ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กนั้นลดลง แต่ สัดส่วนของผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2556 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 8.7 ล้านคน เพิ่มเป็น 11.2 ล้านคน ในปี พ.ศ.2562 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อความจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในปี พ.ศ. 2537 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

นอกจากนี้ยังมีภาวะพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ ซึ่งในปี พ.ศ.2550 พบว่า แหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุร้อยละ 52 มาจากบุตร และร้อยละ 39 มาจากตนเองซึ่งมาจากทั้งการทำงาน บำนาญและเงินออมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 คน ที่อยู่ในภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียงมีประมาณร้อยละ 14 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) สถานการณ์และแนวโน้มที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นนี้ เป็นสิ่งบอกเหตุที่จะต้องจัดการเพื่อเตรียมระบบสวัสดิการสังคม ระบบบริการสุขภาพที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคตให้สามารถรองรับกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

อย่างเหมาะสม การบริการสุขภาพในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง โดยผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ (Caregiver)

ในปี พ.ศ.2559 รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ ขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ประมาณ 1,000 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ.2560 - 61 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

จากปัญหาของผู้สูงอายุ นโยบายของรัฐบาล จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงและจากขนาดครัวเรือนที่เล็กมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คนคอยดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วน ดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คนที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้นประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ.2565 เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นมารองรับ (กรมอนามัย, 2558)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ควรได้รับการดูแล ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2557)

นอกจากนั้นได้มีการจัดทำข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี บาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) และจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546)

บุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนที่ทำให้ผู้สูงอายุในโครงการฯ สามารถได้รับการดูแลได้เป็นอย่างดีคือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ โดยมีบทบาทหน้าที่ของ CG ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์การปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น Caregiver เป็นไปตามคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ประกอบด้วย

- มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ไม่จำกัดเพศ
- จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี
- มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อร้ายแรง
- มีวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า (กรมอนามัย, 2558)

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เป็นหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัดได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี อ่างทอง และนครนายก โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 4 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 5.89 เป็นร้อยละ 14.78 ใน

ปี พ.ศ.2563 ในด้านสุขภาพ ผลการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.54 ในปี พ.ศ.2560 เป็นร้อยละ 9.20 ในปี พ.ศ.2563 (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2563)

ในส่วนของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ศูนย์อนามัยที่ 4 ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 โดยมีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมินของกรมอนามัย จำนวน 549 ตำบล จาก 713 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 76.99 และได้จัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงร่วมกับกรมอนามัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 มาตั้งแต่ปี 2558 มีจำนวนผู้ผ่านการอบรมทั้งสิ้น 6,345 คน โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ดูแลผ่านการอบรมสูงสุด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวนผู้ดูแล 1,515 คน จังหวัดสระบุรี มีจำนวนผู้ดูและ1,351 คน และจังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้ดูแล 797 คน รองลงมาตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนผู้ดูแลน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก มีจำนวนผู้ดูแล 305 คน

ผลการดำเนินการคัดกรองสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วยการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยบุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือมีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน จำนวน 18,995 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 จึงเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลจากระบบ Long Term Care ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญคือ ต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่เหมาะสมคือ 1 : 10 โดยสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงของเขตสุขภาพที่ 4 เท่ากับ 1 : 3.5 (รายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 4 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2562)

สมรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ต้องสามารถดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองและผู้สูงอาอายุ โดยมีรูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สมรรถนะ 3 ประการ คือ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะหลักของผู้ดูแล ได้แก่ จิตบริการ ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ ความมุ่งสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรม การติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความคิดสร้างสรรค์ องค์ประกอบที่ 2 คือสมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ ความรับผิดชอบในงาน ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง และองค์ประกอบที่ 3 ด้านสมรรถนะการจัดการ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ภาวะผู้นำ ความสามารถในการจัดการ (กุลวีณ์ วุฒิกร, 2559) มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแล เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และสอดคล้องกับสภาพความเสี่ยงและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีหลายปัจจัยเช่น การสนับสนุนจากครอบครัว อาชีพเกษตรกรรม การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำปั่น, เพลินพิศ บุณยมาลิก, 2562) ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ (กุลวีณ์ วุฒิกรม, 2559) และการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครยังไม่ได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารจากองค์กรอย่างเพียงพอซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการดำเนินการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ (สุภาภร เจือมา, ชนะพล ศรีฤาชา, 2561)

ท่ามกลางสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ความจำเป็นในการส่งเสริมสรรถนะของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของผู้สูงอายุ มีความจำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและสอดคล้องกับบริบทในเชิงพื้นที่ จากข้อมูลที่กล่าวมา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้รับการอบรมจากหน่วยงานตามหลักสูตรที่ได้รับการรับรอง มาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2558 ยังไม่เคยได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ แม้ได้มีการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว และยังเห็นความจำเป็นที่ควรมีการศึกษาหาข้อมูลว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติของผู้ดูแล รวมทั้งนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

3. สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงมีสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง
2. คุณลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติ ความรู้ ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

4. ขอบเขตการวิจัย

- ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

- ขอบเขตด้านเนื้อหา

สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในด้านสมรรถนะหลัก สมรรถนะหน้าที่และสมรรถนะการจัดการ และปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะของผู้ดูแล

- ขอบเขตด้านพื้นที่

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 จังหวัดได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี อ่างทอง และนครนายก

5. คำสำคัญหรือคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ เช่น หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย

การดูแลระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (competency) หมายถึง สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพที่ให้สอดคล้องกับบทบาทในการปฏิบัติงานทั่วไป คือ เข้าใจในนโยบายด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของรัฐบาลและองค์กร โดยสามารถดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองและผู้สูงอาอายุ รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สมรรถนะ 3 ประการ คือ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะหลักของผู้ดูแล ได้แก่ จิตบริการ ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ ความมุ่งสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรม การติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความคิดสร้างสรรค์ องค์ประกอบที่ 2 คือ สมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ การส่งเสริมสุขภาพและ

ความปลอดภัย ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ ความรับผิดชอบในงาน ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง และองค์ประกอบที่ 3 ด้านสมรรถนะการจัดการ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ภาวะผู้นำ ความสามารถในการจัดการ

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึงทความรู้สึกในการเห็นคุณค่า การยอมรับ ความสบายใจ ความชอบ ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย และด้านสุขภาพจิต

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความกังวล ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องพบกับสถานการณ์ที่ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคาดหวัง เช่น เมื่อต้องฝืนใจทาสิ่งที่ไม่ชอบ หรือไม่ได้ทาในสิ่งที่อยากทำ ระดับความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม

ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน หมายถึงความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจบังเอิญ

ความเชื่ออานาจภายในตน หมายถึง การเชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นผลมาจากการกระทา และลักษณะพฤติกรรมของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมได้

ความเชื่ออานาจภายนอกตน หมายถึง การเชื่อว่าเหตุการณ์หรือผลที่เกิดขึ้นกับตนทั้งด้านดีและด้านร้าย เป็นผลของโชคชะตา ความบังเอิญ เคราะห์กรรม หรือผู้อื่นผลักดันให้เกิดขึ้นกับตน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 โดยผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเนื้อหาประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)
2. แรงสนับสนุนทางสังคม
3. สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

1. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)

ระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การเกิดขึ้นของนโยบายระบบการดูแลระยะยาว เป็นแรงผลักดันจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการประชุม และเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีสาระสำคัญคือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553

ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่างล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนา ได้แก่

1) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

4) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน / ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน / ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) เป็นต้น

5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ จึงมีดังนี้

1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวฯ ได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง

3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ อาศัยบุคลากรที่มิใช่วิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4) ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ จึงมีหลักในการดำเนินการ ดังนี้

1. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว)

2. คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาว

3. สนับสนุนการมีส่วนร่วม โดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบ ภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

4. พัฒนาและขยายระบบบริการ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5 -10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท.

2. แรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม House (1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กรที่ผู้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยเป้นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เป็นผลให้กับผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ เช่น การมีสุขภาพดี ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้ง ธนาภรณ์ ตั้งทองสว่าง (2564) กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือประคับประคอง ดูแลทั้งทางด้านสิ่งของหรือบริการ การให้ความรัก ความห่วงใย ให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และตอบสนองความต้องการต่อบุคคล ให้บุคคลสามารถใช้เป็นเกราะป้องกันเพื่อใช้ในการปรับตัวได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

นันทภัค ชนะพันธ์ (2556) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ๆ ทำให้มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพกายและใจที่ดี

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช (2561) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณี สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

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

- ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง

- ระบบสนับสนุนจากเพื่อน เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้อยได้

- ระบบการสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา เป็นแหล่งของการสนับสนุนที่เก่าแก่ดั้งเดิมในชุมชน ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่าง ๆ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดำรงชีวิต

- ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแหล่งการสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย หากเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนไม่เพียงพอ

- ระบบสนับสนุนจากกลุ่มอาชีพอื่น ๆ เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่ช่วยให้บุคคลได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

ผลการสนับสนุนทางสังคม

Lakey & Cohen (2000) สรุปจากหลายทฤษฎีที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งผลออกได้เป็น 3 มุมมอง ได้แก่

- มุมมองของความเครียดและการจัดการ จัดเป็นรูปแบบที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ซึ่งสนับสนุนบุคคลเกี่ยวกับเกราะป้องกันหรือกันชน สำหรับผลลัพธ์ทางลบจากภาวะความเครียดที่มีการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยบุคคลในการจัดการกับผลทางลบ ที่บั่นทอนความเป็นอยู่อันดีของบุคคล

- มุมมองของรูปแบบทางสังคม - การรับรู้ เป็นรูปแบบที่ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนที่มีผลต่อความมั่นใจในตนเองและการมีตัวตน ซึ่งส่งผลต่อไปยังผลลัพธ์ที่สำคัญคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิต

- มุมมองด้านความสัมพันธ์ สำหรับมุมมองนี้ มองว่าประโยชน์จากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้มีผลอย่างมากกับคุณภาพและกระบวนการของปฏิสัมพันธ์ เช่น มิตรภาพ ความใกล้ชิด ทักษะทางสังคม และการลดความขัดแย้ง

Ahmad & Omar (2012) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนจากครอบครัวในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการกับประสิทธิภาพในการทำงาน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการทำงานทั้งทางตรง และทางสื่อผ่านตัวแปร ความขัดแย้งในงานกับครอบครัวและตัวแปรความพึงพอใจในงาน

Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981 แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน

- การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสนิทสนม รักใคร่ เชื่อมั่น และไว้วางใจซึ่งกันและกัน

- การสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจน จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

- การสนับสนุนทางสังคมด้วยข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลหรือให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล

จากแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ วัตถุสิ่งของ การให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลนั้นด้วย โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Pender (1987) โดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ จากครอบครัว ญาติ พี่น้อง ระบบสนับสนุนจากเพื่อน ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และระบบสนับสนุนจากกลุ่มอื่น ๆ นำมาใช้ในการวิจัย

3. สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ (Competency)

ศิรวรรณ วงศ์ทองดี (2559) กล่าวว่า สมรรถนะเป็นรากฐานของบุคคลอันเป็นบุคลิกภาพเฉพาะตนที่สามารถทาให้เขาทางานได้สำเร็จและสามารถปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหนือกว่าผู้อื่น นอกจากนั้น David C. Mc Clelland (1993) กล่าวถึงสมรรถนะว่าเป็นบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในอัน ได้แก่ แรงจูงใจซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการอย่างแท้จริง และเป็นสิ่งที่ผลักดันบุคคลให้แสดงพฤติกรรมออกมา และเป็นตัวกำหนดทิศทางหรือหรือเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคล อีกส่วนคือ คุณลักษณะบุคคลที่ใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข้อมูล สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และสุดท้ายคือแนวคิดของตนเอง เช่น ทัศนคติ ค่านิยม ภาพลักษณ์ที่ตนเองมีต่อตัวเองโดยสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงจูงใจภายในที่จะผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในช่วงเวลานั้น ๆ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. สมรรถนะพื้นฐาน (Threshold Competencies) หมายถึง ความรู้และทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ที่บุคคลจาเป็นต้องมีเพื่อให้ทางานได้สำเร็จลุล่วง

2. สมรรถนะที่ทำให้เกิดความแตกต่าง (Differentiating Competencies) หมายถึง ทักษะที่สร้างให้บุคคลมีวิธีการทางานที่ดีกว่าหรือสูงกว่ามาตรฐานของคนทั่ว ไปจนนำมาสู่ความสำเร็จที่แตกต่างกัน

สมรรถนะเกี่ยวข้องกับบทความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคล สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ สมรรถนะหลัก (Core Competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ทุกคนจะต้องมีเพื่อให้สามารถ

ปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบความซื่อสัตย์ เป็นต้น อีกประเภทคือ สมรรถนะตามสายงาน (Functional Competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่บุคคลที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ควรมีเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ประกอบด้วย

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ต้องดำเนินการเตรียม ปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง
8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

4. การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง

หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมีหนังสือรับรองจากโรงเรียน สถาบันหรือสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (อสม.) จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองดัชนีวัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุ และมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงสร้างของหลักสูตรประกอบด้วยส่วนของเนื้อหาวิชาการ และการฝึกปฏิบัติ โดยมีวิธีการอบรมประกอบด้วยการรับฟังการบรรยายและการฝึกปฏิบัติจริง เนื้อหาของหลักสูตรเป็นองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัดทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ ได้แก่

- ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง)
- แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง)
- โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 2 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)
- ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (ทฤษฎี 2 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)
- การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น (ทฤษฎี 3 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)
- การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากชราภาพ หรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบอวัยวะสืบพันธ์
- ระบบทางเดินอาหาร (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)
- ระบบทางเดินหายใจ (การดูแลสมอง / ดูแลทางเดินหายใจ,suction) (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)
- ระบบขับถ่าย (การดูแลความสะอาด, การเปลี่ยนถุง colostomy) (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)
- ระบบอวัยวะสืบพันธ์ (การดูแลสายสวนต่าง ๆ) (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)
- การใช้ยาในวัยผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 2 ชั่วโมง)
- การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
    - อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 2 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)
    - การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 2 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)
    - การดูแลสุขภาพช่องปาก (ทฤษฎี 2 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)
- สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ / การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด (ทฤษฎี 3 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)
- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง)
- ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)
- สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ / กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง)
- บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง)
- การฝึกปฏิบัติงาน
    - ในสถานบริการ (ปฏิบัติ 10 ชั่วโมง)
    - ในชุมชน (ปฏิบัติ 10 ชั่วโมง)
- การวัดและประเมินผล (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง / ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำปั่น, เพลินพิศ บุณยมาลิก (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ด้านที่ปฏิบัติมากที่สุดคือด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว อาชีพเกษตรกรรม การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กุลวีณ์ วุฒิกร (2559) ได้ศึกษา รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สมรรถนะ 3 ประการ คือ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะหลักของผู้ดูแล ได้แก่ จิตบริการ ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ ความมุ่งสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรม การติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความคิดสร้างสรรค์ องค์ประกอบที่ 2 คือ สมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ ความรับผิดชอบในงาน ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ว และองค์ประกอบที่ 3 ด้านสมรรถนะการจัดการ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ภาวะผู้นำ ความสามารถในการจัดการ

Barth Oeseburg, Rudi Hilberts, Petrie F.Roodbol (2015) ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ช่วยพยาบาลและผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า กลุ่มของสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ช่วยพยาบาลและผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เรื่องกายวิภาค, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การป้องกันปัญหาสุขภาพ, healthy ageing and wellbeing, การดูแลของผู้ดูแลไม่เป็นทางการ(อาสาสมัคร), การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสหวิชาชีพ

Su Jin Shin, Kyung-Sook Choi, Seungeun Jeong, Seulgee Kim, Hyeung-Keun Park, and Jae Eun Seok (2012) ทำการวิเคราะห์การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแล พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลมีบทบาทหน้าที่ 6 ข้อและทักษะ 18 อย่าง ในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแล ทักษะที่พบว่ามีความสำคัญมาก (มีคะแนน 4 หรือมากกว่า) ได้แก่ หน้าที่ดูแลทางร่างกาย, elimination care, การช่วยเหลือทางการเคลื่อนไหว, การดูแลให้อาหาร, การดูแลด้านความปลอดภัย เป็นทักษะที่ปฏิบัติเป็นประจำ ในส่วนของทักษะที่ปฏิบัติได้ยากที่สุด คือ การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน, การเฝ้าระวังความผิดปกติ และการรายงานแบบเร่งด่วน

วรัญญา จิตรบรรทัด, ธมลวรรณ แก้วกระจก, พิมลวรรณ เรื่องพุทธ (2560) ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความพึงพอใจของผู้สูงอายุในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อาสาสมัครมี

ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก และมีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดี โดยความรู้ของอาสาสมัครในเขตชนบทจะสูงกว่าในเขตเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุแก่อาสาสมัครเพิ่มเติม ในด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

สุภาภร เจือมา, ชนะพล ศรีฤาชา (2561) ศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู สรุปว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประกอบด้วย ระดับแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก เนื่องจาก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นงานนโยบายที่สำคัญของประเทศ และระดับปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัคร อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครยังไม่ได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารจากองค์กรอย่างเพียงพอซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการดำเนินการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้

Ming-Chun Chen, Chi-Wen Kao, Yu-Lung Chiu (2017) ศึกษาผลกระทบของการดูแลระยะยาวผู้ป่วยติดบ้านของผู้ดูแลตามอายุ พบว่า การดูแลที่บ้านมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป คือ การจ้างผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว สภาวะสุขภาพของผู้รับการดูแล

Koechiro Shiba, Naoki Kondo, and Katsunori Kondo (2016) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมแบบทางการและไม่เป็นทางการ และความกดดันของผู้ดูแล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความกดดันของผู้ดูแล ครอบครัวและญาติของผู้ดูแลช่วยลดความกดดันของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของการสนับสนุนที่เป็นทางการพบว่า แพทย์ประจำครอบครัวมีผลต่อการลดความกดดันของผู้ดูแล

กีรติ กิจธีรวุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีรวุฒิวงษ์ (2561) ศึกษาทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เสนอทิศทางในการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ว่าควรวิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพที่ต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในพื้นที่ นำข้อมูลมาวางแผนจำนวนผู้ดูแล และอบรมผู้ดูแลให้เพียงพอกับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมในการทำงาน รวบรวมข้อมูลบริการที่จำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชน หัวข้อในการอบรมจะต้องมีการจัดตามความจำเป็นของการบริการคู่ขนานกับหลักสูตรของหน่วยงานพื้นที่ใช้ ภายหลังการอบรมควรมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะ ควรมีการวิจัยและพัฒนาวิธีการอบรมเพื่อสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลให้มีคุณภาพ จัดทำแนวปฏิบัติการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแล (caregiver) ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ติดตามและลดภาวะเครียดของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

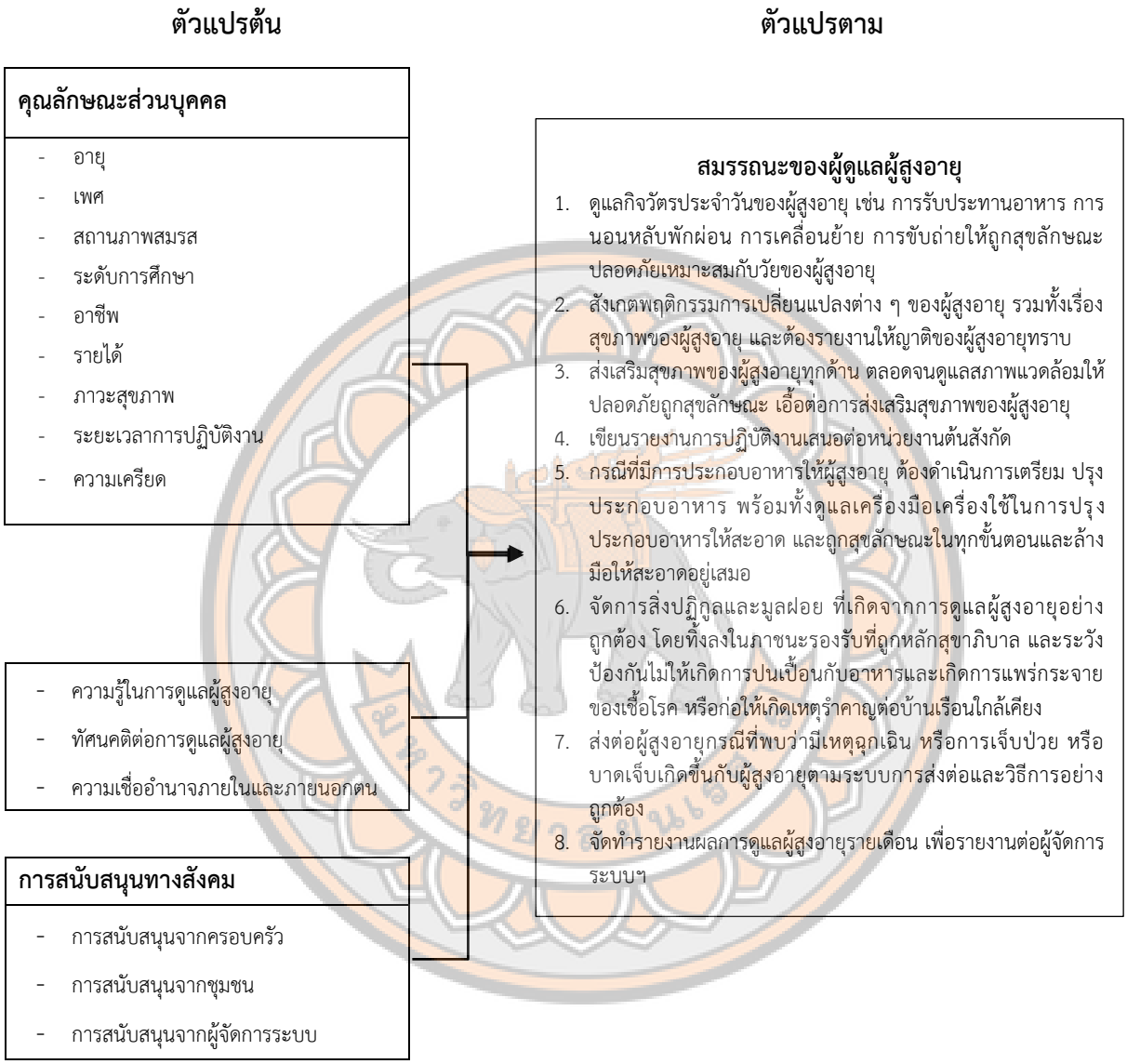
เตือนใจ ปาประโคน, วิทัศน์ จันทรโพธิศรี (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้าน

กรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เสนอว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในประเด็นการให้คำยกย่อง ชมเชย หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร ดังนั้น ประชาชน ผู้นำชุมชน เพื่อนอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งทำให้อาสาสมัครรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ และบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจในบทบาทการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือด้านการเงินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและผู้ด้อยโอกาสมีคะแนนในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครตามบทบาทนั้น

ปภาสินี แซ่ติ๋ว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์,ธนิดา ทีปะปาล (2562) ศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง นำความรู้ที่ได้รับไปประเมินอาการผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงและการดูแลที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น จึงเป็นแรงจูงใจและความภาคภูมิใจที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการทำงานต่อไป

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานสุขภาพ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ดังนั้น ผู้วิจัยนำปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

5. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. แผนการดำเนินงาน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 4 ในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก โดยหน่วยงานที่เป็นผู้จัดการฝึกอบรม ได้แก่ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตจากกรมอนามัยให้ดำเนินการอบรม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 – 2562 จำนวนทั้งสิ้น 7,088 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณการค่า กรณีทราบจำนวนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร คือ จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ในเขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่ปี 2558 – 2562 จำนวน 7,088 คน

p = สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะสูง ร้อยละ 83 จากการศึกษาของ ปภาสินี แซ่ติ๋ว เรื่องการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี,2562

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้ ร้อยละ 5 (0.05)

X = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า = 1.96

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{(1.96)^2(7,088)(0.83)(0.17)}{(7,088-1)(0.05)^2 + (0.83)(0.17)(1.96)^2}$$

$$= 210.41 \text{ คน}$$

ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณได้ 210.41 คน หรือประมาณ 211 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากที่คำนวณได้อีกร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 232 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

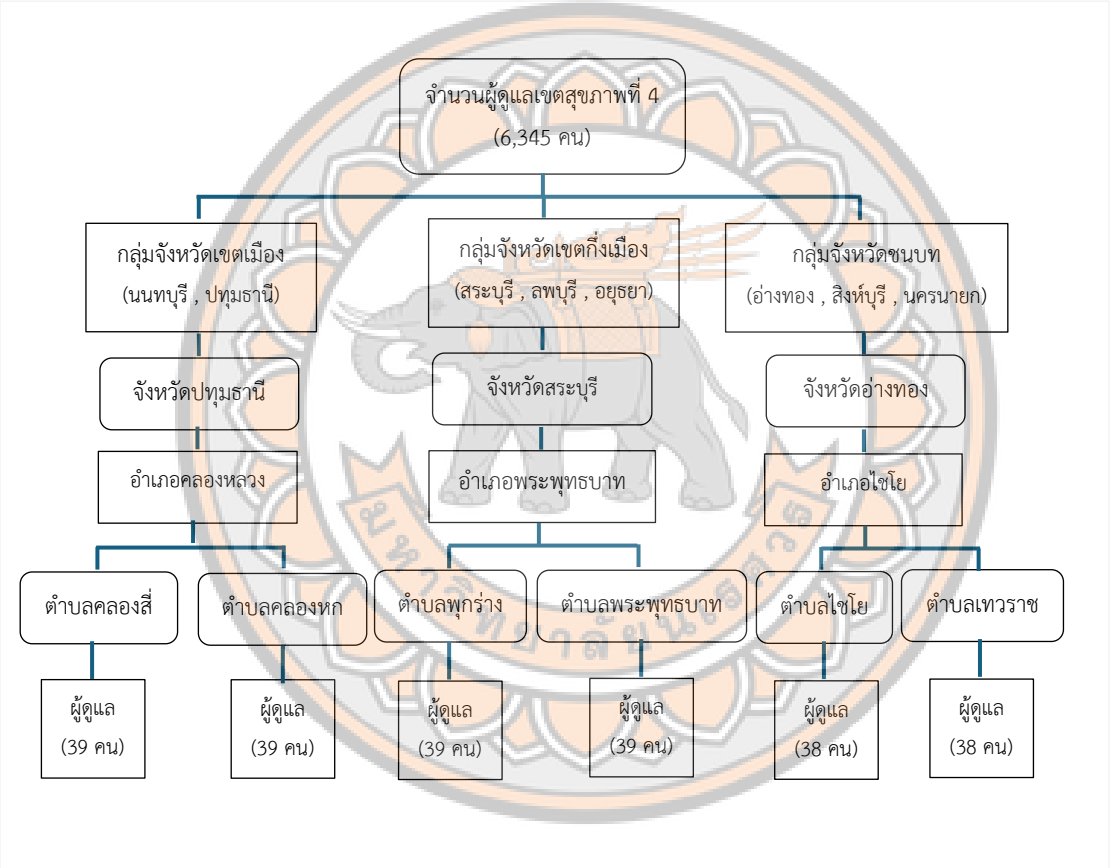
ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 : ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยการแบ่งจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ จังหวัดเขตเมือง ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดกึ่งเมือง ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดเขตชนบท ประกอบด้วย จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนครนายก โดยสุ่มกลุ่มละ 1 จังหวัด ได้จังหวัดเขตเมือง คือ ปทุมธานี จังหวัดกึ่งเมือง จังหวัดสระบุรี และจังหวัดชนบท จังหวัดอ่างทอง

ขั้นที่ 2 : ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการสุ่มตัวอย่าง 1 อำเภอจากแต่ละจังหวัด ปทุมธานี สระบุรีและอ่างทอง จังหวัดละ 1 อำเภอ ได้อำเภอคลองหลวง พระพุทธบาทและ อำเภอไชโย

ขั้นที่ 3 : ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) อำเภอละ 2 ตำบล อำเภอคลองหลวง ได้ตำบลคลองสี่และตำบลคลองหก อำเภอพระพุทธบาทได้ ตำบลพุกร่างและตำบลพระพุทธบาท อำเภอไชโยได้ ตำบลไชโยและตำบลเทวราช

ขั้นที่ 3 : ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลในเขตจังหวัดเขตเมืองและกึ่งเมืองตำบลละ 39 ตัวอย่าง เขตชนบทตำบลละ 38 ตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 232 คน



ภาพที่ 2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล
- ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย
- สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้
- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยนี้ คือ

- ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ช่วงสำรวจข้อมูล

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

- คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาวะสุขภาพ
- ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
- ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล
- ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน
- ความเครียด
- แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยอมรับของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ตามคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 ประกอบด้วย

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ต้องดำเนินการเตรียม ปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง
8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดประเด็นวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และนิยามศัพท์เฉพาะ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

เป็นข้อคำถามเลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิด ถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ของตนเองและครอบครัว โรคประจำตัว และระยะเวลาในการทำหน้าที่ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล เป็นการประเมินความรู้สึกในการเห็นคุณค่า การยอมรับ ความสบายใจ ความชอบ ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ มีข้อความเชิงบวก 9 ข้อ และเชิงลบ 3 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 12 – 60 คะแนน

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

การแปลผล

มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอัตรภาคชั้น (Best, 1977) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้

$$\text{ความกว้างของอัตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= (60 - 12)/3$$

$$= 16$$

การแปลผลของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

46 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับดีมาก

29 – 45 คะแนน หมายถึง ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับดี

12-28 คะแนน หมายถึง ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับพอใช้

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แบบวัดที่สร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ความรู้ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย และด้านสุขภาพจิต เป็นแบบวัดความรู้ชนิดถูก - ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าในช่วง 0 – 15 คะแนน

การแปลผล

ใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1976)(11) แบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ร้อยละของคะแนน ระดับดีร้อยละ 80 -100 ระดับพอใช้ 60 - 79 และระดับไม่ดีพอน้อกว่าร้อยละ 60

ดังนี้

12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับความรู้ต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับดี

9-11 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับพอใช้

0-8 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับไม่ดีพอ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด

เป็นแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากไม่รู้สึกเครียด (1) ถึงรู้สึกเครียดมากที่สุด (5) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 20 – 100 คะแนน

ใช้เกณฑ์มาตรฐานการแบ่งระดับของกรมสุขภาพจิตเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

ระดับคะแนน 20 – 23 คะแนน มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนน 24 – 41 คะแนน มีความเครียดในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 42 – 61 คะแนน มีความเครียดในระดับสูง

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน

แบบวัดความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimensional Health focus of control) แบบ B เป็นแบบวัดซึ่งพัฒนาโดย Wallston,Wallston และ De Vellis ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ จาก ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) รวมมีค่าในช่วง 10-60 คะแนน

ระดับความคิดเห็น	**ข้อคำถามเชิงบวก**	**ข้อคำถามเชิงลบ**
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	1
เห็นด้วย	5	2
เห็นด้วยเล็กน้อย	4	3
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	3	4
ไม่เห็นด้วย	2	5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	6

การแปลผล

มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Best, 1977) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= (60 - 10)/3$$

$$= 17$$

การแปลผลของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

46 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน ระดับสูง

28 – 45 คะแนน หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน ระดับปานกลาง

10-27 คะแนน หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน ระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ประยุกต์จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ไพศาล แย้มวงษ์ ถามเกี่ยวกับ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของชุมชน และการสนับสนุนของผู้จัดการระบบ มีคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านๆ ละ 6 ข้อ ประกอบด้วยแรงสนับสนุนจากครอบครับ แรงสนับสนุนจากจากชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ สอบถามระดับความเห็นด้วยกับข้อความจากมากที่สุด (5) ถึงน้อยที่สุด (1) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 18 – 90 คะแนน

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผล

มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Best, 1977) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้ ในแต่ละด้าน ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= (90 - 18)/3$$

$$= 24$$

การแปลผลของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

24 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง

15 - 23 คะแนน หมายถึง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง

6-14 คะแนน หมายถึง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบวัดสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แบบวัดสมรรถนะผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือการสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ สอบถามการปฏิบัติจากมากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 15-75 คะแนน

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผล

มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Best, 1977) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้ ในแต่ละด้าน ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= (75 - 15)/3$$

$$= 20$$

การแปลผลของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

57 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับสูง

36-56 คะแนน หมายถึง ระดับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับปานกลาง

15-35 คะแนน หมายถึง ระดับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการหาค่าความตรงของเครื่องมือด้วยวิธี หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามในการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา ตามระดับความเห็น 3 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ,0 หมายถึง ไม่แน่ใจข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ และ -1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำค่าคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณรายข้อ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00

ความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะและสภาพพื้นที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับงานวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย ของตำบลตลาดน้อย และตำบลสร่างโศก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือประเภทความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟ่า (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 (Develiis, 2012) ความรู้ใช้ค่า Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.80 ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.79 ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนเท่ากับ 0.75 แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.79 และ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.94

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเอกสาร กรอบแนวคิด และนิยามศัพท์เฉพาะ โดยผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลที่ได้จากการสุ่ม เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้วิจัยเป็นผู้นำแบบสอบถามการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและนำแบบสอบถามไปดำเนินการตอบจนแล้วเสร็จ และผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. จัดทำหนังสือราชการขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูลให้กับอาสาสมัครด้วยตนเอง
4. แจกแบบสอบถามตามจำนวนที่สุ่มได้และรอเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเอง
6. นำแบบสอบถามมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ ดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียด ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะ กับปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียด ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

5. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินงานวิจัยโดยการขออนุมัติการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร COA No. 110/2021 รับรองเมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2564 และเมื่อได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากวิจัยเสร็จสิ้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 โดยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่านแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 232 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลความเครียด

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

6.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

6.2 การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

6.3 การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ตนเองและครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแล และการได้รับการอบรมจากหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.1 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 62.1 อายุเฉลี่ย 56.18 ปี อายุสูงสุด 81 ปีและอายุต่ำสุด 26 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28 มีรายได้เฉลี่ย 5000-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 46.6 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5000-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 48.3 มีการใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อย

ละ 51.7 ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1-4 ปี ร้อยละ 67.7 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ร้อยละ 40.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.2 และได้ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 75.4 (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=232)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	6.9
หญิง	216	93.1
อายุ		
20-39 ปี	13	5.6
40-59 ปี	144	62.1
60 ปีขึ้นไป	75	32.3
(Mean = 56.18, S.D. = 9.83, Min = 26, Max = 81)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	0.4
ประถมศึกษา	69	29.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	123	53.0
อนุปริญญา/ปวส.	19	8.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	20	8.6
สถานภาพ		
โสด	36	15.5
สมรส	143	61.6
หม้าย	36	15.5
หย่า/แยกกันอยู่	17	7.4

ตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=232) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	50	21.6
เกษตรกรรม	61	26.3
รับจ้าง	65	28.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	3.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	15.9
อื่น ๆ	12	5.2
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	108	46.6
5,000 - 15,000 บาท	108	46.6
15,001 - 30,000 บาท	10	4.3
45,000 - 60,000 บาท	6	2.5
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลทั้งครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	42	18.1
5,000 - 15,000 บาท	112	48.3
15,001 - 30,000 บาท	59	25.4
45,000 - 60,000 บาท	11	4.7
60,001 – 75,000 บาท	4	1.7
75,001 บาทขึ้นไป	4	1.8
ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัวผู้ดูแล		
เพียงพอ	112	48.3
ไม่เพียงพอ	120	51.7
ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
1 – 4 ปี	157	67.7
5 ปีขึ้นไป	75	32.3
หน่วยงานที่ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
กรมอนามัย	49	21.1
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	51	22.0

ตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=232) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	39	16.8
โรงพยาบาล	93	40.1
โรคประจำตัว		
มี	111	47.8
ไม่มี	121	52.2
การตรวจสุขภาพประจำปีในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา		
ตรวจ	175	75.4
ไม่ได้ตรวจ	57	24.6

ส่วนที่ 2 ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 95 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้ใช้วาระสุดท้ายของชีวิตกับครอบครัวมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.38 รองลงมาคือ การมีบุคคลสูงอายุในครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่นและรักใคร่ปรองดองกัน ค่าเฉลี่ย 4.30 สำหรับทัศนคติที่เห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุไม่ควรเป็นผู้นำเกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณี เพราะความจำไม่ดี ค่าเฉลี่ย 2.17 และในภาพรวมของทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 71.6 (ตารางที่2)

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=232)

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	SD.
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
1. ท่านเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจะทำให้เหงา จึงควรหากิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ	9 (3.9)	1 (0.4)	7 (1.7)	144 (62.1)	74 (31.9)	4.18	0.82

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=232) (ต่อ)

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	SD.
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
2. เมื่อท่านเห็นผู้สูงอายุทำงานหนักรู้สึกสงสาร	8 (3.4)	6 (2.6)	3 (1.3)	147 (63.4)	68 (29.3)	4.13	0.84
3. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม	6 (2.6)	2 (0.9)	6 (2.6)	147 (63.4)	71 (30.6)	4.19	0.75
4. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุสามารถสร้างความสามัคคีในหมู่คณะได้	4 (1.7)	3 (1.3)	14 (6.0)	159 (68.5)	52 (22.4)	4.09	0.70
5. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรมีบทบาทในการประกอบธุรกิจ	25 (10.8)	107 (46.1)	65 (28.0)	30 (12.9)	5 (2.2)	2.50	0.93
6. ท่านคิดว่าการมีบุคคลสูงอายุในครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่นและรักใคร่ปรองดังกัน	5 (2.2)	5 (2.2)	6 (2.6)	116 (50.0)	100 (43.1)	4.30	0.81
7. ในการจัดงานพิธีต่าง ๆ ท่านคิดว่าผู้สูงอายุจะเป็นที่ปรึกษาได้อย่างดี	6 (2.6)	1 (0.4)	10 (4.3)	118 (50.9)	97 (41.8)	4.29	0.79
8. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรเป็นผู้นำเกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณี เพราะความจำไม่ดี	53 (22.8)	125 (53.9)	25 (10.8)	20 (8.6)	9 (3.9)	2.17	1.00
9. ท่านคิดว่าจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุแม้จะใช้เวลาและยาก	5 (2.2)	6 (2.6)	7 (3.0)	151 (65.1)	63 (27.2)	4.13	0.77
10. ท่านคิดว่าผู้ดูแลที่ทำงานกับผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4 (1.7)	3 (1.3)	2 (0.9)	141 (60.8)	8 (35.3)	4.27	0.71

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=232) (ต่อ)

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	SD.
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
11. ท่านคิดว่าผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น โดยการได้พูดคุยกับญาติ	4 (1.7)	1 (0.4)	7 (3.0)	136 (58.6)	84 (36.2)	4.27	0.70
12. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้ใช้วาระสุดท้ายของชีวิตกับครอบครัว	6 (2.6)	0 (0.0)	4 (1.7)	111 (47.8)	111 (47.8)	4.38	0.76
การแปลผลระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	ดี (46 คะแนนขึ้นไป) = 60 คน (26.30%) พอใช้ (29-45 คะแนน) = 166 คน (71.60%) ไม่ดีพอ (12-28 คะแนน) = 5 คน (2.20%)						
	$\bar{x}$ = 46.87 SD=6.11, Min =12, Max=57						

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพึง อยู่ในระดับ พอใช้ ร้อยละ 55.2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้มากที่สุด เกี่ยวกับข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ การให้ยาสองอย่างขึ้นไปยาอาจมีปฏิกิริยาต่อกันได้, การหยิบยาผิด, การทานยาสมุนไพรที่ไม่มีการรับรองมาตรฐาน, การเกิดอาการแพ้ยา, ผลข้างเคียงจากยาซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องระวังทุกครั้งในการให้ยาผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย 0.98 รองลงมา คือ ข้อที่ 7 หลักการให้ยาที่นิยมกันเป็นสากล คือ 5 ถูก ได้แก่ 1.ให้ถูกกับคน 2.ให้ถูกชนิดของยา 3. ให้ถูกขนาดยา 4. ให้ถูกทาง เช่น ทางปาก ทางผิวหนัง และ 5. ให้ถูกเวลาเช่น ก่อนหรือหลังอาหาร, ข้อที่ 10 ห้องน้ำไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุเกิน 9 ฟุต เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายในห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ ปูด้วยวัสดุพื้นหยาบหรือแผ่นกันลื่น , ข้อที่ 13 บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือผู้ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือประคับประคอง ให้การสนับสนุน และเป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน และข้อที่ 15 หลักธรรมประจำใจของผู้ดูแลคือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 0.96 สำหรับข้อที่ผู้ดูแลมีความรู้

น้อยที่สุด คือ ข้อที่ 14 ผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความจำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะไม่มีประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 0.09 โดยมีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.20 (ตารางที่ 3)

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (n=232)

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	ระดับคะแนน (n=232)	
	ถูก	ผิด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าคะแนนการประเมิน ADL มากกว่า 12 คะแนน	131 (56.5)	101 (43.5)
2. การประเมินภาวะวิกฤติ ในผู้ป่วยสูงอายุประเมินได้จาก ข้อมูลของผู้สูงอายุ การสังเกตด้านการติดต่อสื่อสาร เช่นการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้สัมผัส และการประเมินการหายใจ	221 (95.3)	11 (4.7)
3. อาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำมาก กินเก่ง หิวบ่อย น้ำหนักลด รวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำ เป็นแผลแล้วหายช้า ถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยสูงอายุ	48 (20.7)	184 (79.3)
4. การตกเลือดมี 2 ชนิดคือ การตกเลือดภายนอก และการตกเลือดภายใน การห้ามเลือดภายนอกที่สำคัญคือการกดลงบนแผลที่มีเลือดออกและไม่ควรยกแขนหรือขาที่มีเลือดออกให้อยู่สูงเท่าหน้าอกหรือหัวใจเพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้น	134 (57.8)	98 (42.2)
5. การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยางควรระมัดระวังไม่ให้สายยางหรือท่อให้อาหารหลุดจำเป็นต้องทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหารควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูงให้อาหารอย่างช้าๆ และคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด	219 (94.4)	13 (5.6)
6. การทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่ควรกระทำเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุสำลักได้	36 (15.5)	196 (84.5)
7. หลักการให้ยาที่นิยมกันเป็นสากล คือ 5 ถูก ได้แก่ 1.ให้ถูกกับคน 2.ให้ถูกชนิดของยา 3. ให้ถูกขนาดยา 4. ให้ถูกทาง เช่นทางปาก ทางผิวหนัง และ 5. ให้ถูกเวลาเช่น ก่อนหรือหลังอาหาร	222 (95.7)	10 (4.3)

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (n=232) (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	ระดับคะแนน (n=232)	
	ถูก	ผิด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)
8. ข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ การให้ยาสองอย่างขึ้นไปยาอาจมีปฏิกิริยาต่อกันได้, การหยิบยาผิด, การทานยาสมุนไพรที่ไม่มีการรับรองมาตรฐาน, การเกิดอาการแพ้ยา, ผลข้างเคียงจากยาซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องระวังทุกครั้งในการให้ยาผู้สูงอายุ	227 (97.8)	5 (2.2)
9. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ครั้งละ 30 นาทีจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ	200 (86.2)	32 (13.8)
10. ห้องน้ำไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุเกิน 9 ฟุต เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายในห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ ปูด้วยวัสดุพื้นหยาบหรือแผ่นกันลื่น	223 (96.1)	9 (3.9)
11. การทำความสะอาดฟันเทียมควรแช่ในน้ำเดือดเพื่อฆ่าเชื้อโรค และตากแห้งทุกครั้งหลังทำความสะอาด	48 (20.7)	184 (79.3)
12. ผู้สูงอายุจะมองเห็นสีเขียว สีม่วง สีน้ำเงิน ได้ดีกว่าสีเหลือง สีส้ม และสีแดง ดังนั้นการจัดห้องและการใช้สีควรเป็นสีทึบจะดีกว่าสีสว่าง เพราะผู้สูงอายุจะมองเห็นได้ดีกว่า	71 (30.6)	161 (69.4)
13. บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือผู้ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้การสนับสนุน และเป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน	223 (96.1)	9 (3.9)
14. ผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความจำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะไม่มีประโยชน์	22 (9.5)	210 (90.5)

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (n=232) (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	ระดับคะแนน (n=232)	
	ถูก	ผิด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)
15. หลักธรรมประจำใจของผู้ดูแลคือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา	223 (96.1)	9 (3.9)

การแปลผล ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	ดี (12 คะแนนขึ้นไป)	= 41 คน (17.60%)
	พอใช้ (9-11 คะแนน)	= 128 คน (55.20%)
	ไม่ดีพอ (0-8 คะแนน)	= 63 คน (27.20%)
	$\bar{x}$ = 9.70 SD=1.85, Min =5, Max=15	

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูลความเครียดของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดน้อยในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.7 เพื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความเครียดที่มากที่สุด คือ เงินไม่พอใช้จ่าย ค่าเฉลี่ย 2.38 รองลงมา คือ กล้ามเนื้อตึงหรือปวด ค่าเฉลี่ย 2.29 สำหรับความเครียดที่น้อยที่สุดของผู้ดูแล คือ การเป็นหวัดบ่อยๆ และรู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย 1.66 ระดับความเครียดของผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางร้อยละ 62.9 มีความเครียดระดับมากถึงรุนแรงมากกว่าร้อยละ 30 (ตารางที่ 4)

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเครียดของผู้ดูแล (n=232)

ความเครียดของผู้ดูแล	ระดับความเครียด				
	เครียดมากที่สุด	เครียดมาก	เครียดปานกลาง	เครียดเล็กน้อย	ไม่รู้สึกเครียด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. กลัวทำงานผิดพลาด	2 (0.9)	18 (7.8)	57 (24.6)	99 (42.7)	56 (24.1)
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	5 (2.2)	15 (6.5)	62 (26.7)	87 (37.5)	63 (27.2)

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเครียดของผู้ดูแล (n=232) (ต่อ)

ความเครียดของผู้ดูแล	ระดับความเครียด				
	เครียดมากที่สุด	เครียดมาก	เครียดปานกลาง	เครียดเล็กน้อย	ไม่รู้สึกเครียด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน	6 (2.6)	25 (10.8)	30 (12.9)	73 (31.5)	98 (42.2)
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียงและดิน	3 (1.3)	19 (8.2)	55 (23.7)	91 (39.2)	64 (27.6)
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	0 (0.0)	3 (1.3)	39 (16.8)	66 (28.4)	124 (53.4)
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	12 (5.2)	38 (16.4)	36 (15.5)	87 (37.5)	59 (25.4)
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	5 (2.2)	21 (9.1)	63 (27.2)	90 (27.2)	53 (22.8)
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	2 (0.9)	16 (6.9)	56 (24.1)	92 (39.7)	66 (28.4)
9. ปวดหลัง	4 (1.7)	17 (7.3)	54 (23.3)	76 (32.8)	81 (34.9)
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	1 (0.4)	8 (3.4)	31 (13.4)	73 (31.5)	119 (51.3)
11. ปวดศีรษะข้างเดียว	2 (0.9)	18 (7.8)	36 (15.5)	68 (29.3)	108 (46.6)
12. รู้สึกวิตกกังวล	1 (0.4)	17 (7.3)	40 (17.2)	94 (40.5)	80 (34.5)
13. รู้สึกคับข้องใจ	1 (0.4)	16 (6.9)	38 (16.4)	77 (33.2)	100 (43.1)

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเครียดของผู้ดูแล (n=232) (ต่อ)

ความเครียดของผู้ดูแล	ระดับความเครียด				
	เครียดมากที่สุด	เครียดมาก	เครียดปานกลาง	เครียดเล็กน้อย	ไม่รู้สึกเครียด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	2 (0.9)	23 (9.9)	36 (15.5)	83 (35.8)	88 (37.9)
15. รู้สึกเศร้า	2 (0.9)	15 (6.5)	36 (15.5)	71 (30.6)	108 (46.6)
16. ความจำไม่ดี	6 (2.6)	13 (5.6)	50 (21.6)	78 (33.6)	85 (36.6)
17. รู้สึกสับสน	0 (0.0)	10 (4.3)	40 (17.2)	80 (34.5)	102 (44.0)
18. ตั้งสมาธิลำบาก	3 (1.3)	9 (3.9)	33 (14.2)	78 (33.6)	109 (47.0)
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	4 (1.7)	9 (3.9)	40 (17.2)	95 (40.9)	84 (36.2)
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ	1 (0.4)	9 (3.9)	28 (12.1)	66 (28.4)	127 (55.2)

การแปลผลความเครียดของผู้ดูแล	ระดับน้อย (0-23 คะแนน)	จำนวน 24 คน(10.30%)
	ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	จำนวน 122 คน(52.60%)
	ระดับสูง (42-61 คะแนน)	จำนวน 64 คน(27.60%)
	ระดับรุนแรง (มากกว่า 62 คะแนน	จำนวน 22 คน(9.50%)
	$\bar{x}$ = 39.60 SD=13.70, Min =20, Max=88	

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงเพราะดูแลตัวเอง ค่าเฉลี่ย 5.39 รองลงมา คือ การปฏิบัติทุกอย่างตามแพทย์บอก เพื่อเป็นหนทางที่จะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ค่าเฉลี่ย 5.25 สำหรับความเชื่อมั่นในตนเองที่น้อยที่สุด คือ ถึงแม้ว่าดูแลตัวเองเพียงใดก็ตาม ก็ยังดูเหมือนเจ็บป่วยอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ย 3.12 ระดับความเชื่ออำนาจภายในและภายนอก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 64.70 (ตารางที่ 5)

ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน(n=232)

ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน	ระดับความคิดเห็น						$\bar{x}$	SD.
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
1. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันควรจะไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล	3 (1.3)	10 (4.3)	2 (0.9)	16 (6.9)	139 (59.9)	62 (26.7)	5.0	0.98
2. ผู้คนรอบข้างมีส่วนอย่างมากที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพดีหรือเกิดการเจ็บป่วย	12 (5.2)	53 (22.8)	15 (6.5)	37 (15.9)	101 (4.35)	14 (6.0)	3.88	1.45
3. เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันมักโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุ	33 (14.2)	93 (40.1)	30 (12.9)	37 (15.9)	32 (13.8)	7 (3.0)	2.84	1.39
4. แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพของฉัน	18 (7.8)	84 (36.2)	23 (9.9)	31 (13.4)	64 (27.6)	12 (5.2)	3.32	1.51
5. การที่ฉันมีสุขภาพดีเพราะฉันโชคดี	19 (8.2)	47 (20.3)	9 (3.9)	29 (12.5)	87 (37.5)	41 (17.7)	4.04	1.64
6. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงเพราะฉันดูแลตัวเอง	1 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.9)	7 (3.0)	116 (50.0)	106 (45.7)	5.39	0.66

ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน(n=232) (ต่อ)

ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน	ระดับความคิดเห็น						$\bar{x}$	SD.
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
7. การได้รับความช่วยเหลือดูแลจากคนรอบข้าง มีส่วนช่วยให้อาการของฉันดีขึ้น	2 (0.9)	4 (1.7)	5 (2.2)	30 (12.9)	146 (62.9)	45 (19.4)	4.94	0.84
8. ถึงแม้ว่าฉันดูแลตัวเองเพียงใดก็ตาม ฉันก็ยังดูเหมือนเจ็บป่วยอยู่เสมอ	16 (6.9)	91 (39.2)	36 (15.5)	33 (14.2)	50 (21.6)	6 (2.6)	3.12	1.38
9. ถ้าฉันดูแลตัวเองอย่างดี ฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ	2 (0.9)	3 (1.3)	2 (0.9)	9 (3.9)	133 (57.3)	83 (35.8)	5.23	0.80
10 ฉันปฏิบัติทุกอย่างตามแพทย์บอก เพื่อเป็นหนทางที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพแข็งแรง	1 (0.4)	1 (0.4)	5 (2.2)	13 (5.6)	123 (53.0)	89 (38.4)	5.25	0.76
การแปลผลความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน			สูง (46 คะแนนขึ้นไป)			= 81 คน (34.90%)		
			ปานกลาง (28-45 คะแนน)			= 150 คน (64.70%)		
			ต่ำ (10-27 คะแนน)			= 1 คน (0.40%)		
			$\bar{x}$ = 43..01 SD= 5.81, Min = 20 , Max= 58					

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

การวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ดังรายละเอียด

6.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.6 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ครอบครัวมีการเปิดโอกาสให้ทำสิ่งต่าง ๆ ตามแนวทางของตนเองมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.27 รองลงมา คือ คราอบครัวมีความสุขที่ได้ทำ

กิจกรรมร่วมกัน ค่าเฉลี่ย 4.23 สำหรับสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อยที่สุด คือ การใช้เวลาว่างทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ค่าเฉลี่ย 3.84 โดยมีระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 6)

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n=232)

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	**ระดับความคิดเห็น**					$\bar{x}$	**SD.**
	มากที่สุด	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**		
	จำนวน (%)	**จำนวน (%)**	**จำนวน (%)**	**จำนวน (%)**	**จำนวน (%)**		
1. ครอบครัวยอมรับในตัวฉันไม่ว่าฉันจะเป็นอย่างไร	70 (30.2)	132 (56.9)	27 (11.6)	2 (0.9)	1 (0.4)	4.16	0.68
2. ฉันกับครอบครัวจะใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน	54 (23.3)	105 (45.3)	58 (25.0)	12 (5.2)	3 (1.3)	3.84	0.88
3.ครอบครัวยอมรับและอนุญาตให้ฉันตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวฉันเอง	64 (27.6)	125 (53.9)	41 (17.7)	2 (0.9)	0 (0.0)	4.08	0.69
4. ครอบครัวพยายามบังคับและชี้นำการดำเนินชีวิตของฉัน	6 (2.6)	8 (3.4)	27 (11.6)	85 (36.6)	106 (45.7)	4.19	0.95
5. ครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ฉันทำสิ่งต่าง ๆ ตามแนวทางของตัวเองแต่กลับให้ทำตามแนวทางของท่าน	6 (2.6)	11 (4.7)	23 (9.9)	66 (28.4)	126 (54.3)	4.27	1.00
6. ครอบครัวดูจะไม่มีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับฉัน	8 (3.4)	18 (7.8)	21 (9.1)	51 (22.0)	134 (57.8)	4.23	1.11
การแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	สูง (24 คะแนนขึ้นไป) = 164 คน (70.70%) ปานกลาง (15-23 คะแนน) = 67 คน (28.90%) ต่ำ (6-14 คะแนน) = 1 คน (0.40%)						
	$\bar{x}$ = 24.77 SD= 3.77, Min = 11, Max= 30						

6.2 การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คนในชุมชนไม่มีการเอาเปรียบกันมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.27 รองลงมา คือ เมื่อมีการแบ่งกลุ่ม คนในชุมชนจะให้การยอมรับเข้ากลุ่มหรือเป็นหัวหน้ากลุ่ม ค่าเฉลี่ย 3.58 สำหรับข้อที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด คือ การให้คำแนะนำตักเตือน เพื่อการตัดสินใจที่ดีจากคนในชุมชน ค่าเฉลี่ย 2.92 มีระดับแรงสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่ในระดับ ปานกลาง (ตารางที่ 7)

ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน (n=232)

การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
1. คนในชุมชนให้คำแนะนำตักเตือนเพื่อให้ฉันตัดสินใจได้ดี	13 (5.6)	62 (26.7)	80 (34.5)	47 (20.3)	30 (12.9)	2.92	1.10
2. ฉันได้แนวคิดดี ๆ เกี่ยวกับวิธีการทำงานจากคนในชุมชน	27 (11.6)	105 (45.3)	72 (31.0)	19 (8.2)	9 (3.9)	3.53	0.94
3. เมื่อฉันมีปัญหา คนในชุมชนจะคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือฉัน	23 (9.9)	79 (34.1)	78 (33.6)	33 (14.2)	19 (8.2)	3.23	1.08
4. เมื่อมีการแบ่งกลุ่ม คนในชุมชนจะให้การยอมรับฉันเข้ากลุ่มหรือเป็นหัวหน้ากลุ่ม	32 (13.8)	94 (40.5)	86 (37.1)	16 (6.9)	4 (1.7)	3.58	0.87
5. ฉันมีเพื่อนในชุมชนที่คอยปลอบใจและไปหาได้ในยามที่ฉันจิตตก	29 (12.5)	89 (38.4)	81 (34.9)	28 (12.1)	5 (2.2)	3.47	0.93
6. ฉันไม่เคยได้อะไรจากคนในชุมชนและแม่แต่มิตรภาพ เพราะคนในชุมชนมักจะคอยเอาเปรียบฉันอยู่เสมอ	3 (1.3)	12 (5.2)	23 (9.9)	76 (32.8)	118 (50.9)	4.27	0.93
การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน	สูง (24 คะแนนขึ้นไป)				= 65 คน (28.00%)		
	ปานกลาง (15-23 คะแนน)				= 151 คน (65.10%)		
	ต่ำ (6-14 คะแนน)				= 16 คน (6.90%)		
	$\bar{x}$ = 20.99 SD= 3.95, Min = 11 , Max= 30						

6.3 การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลระบบในระดับสูง ร้อยละ 99.6 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้จัดการระบบที่ไม่มีท่าทีไม่ดีต่อการพูดคุยและยังให้คำปรึกษาที่ดีกับผู้ดูแล มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.01 รองลงมา คือ มีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ทำในสิ่งที่อยากทำ ค่าเฉลี่ย 3.86 สำหรับข้อที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด คือ การทำให้ผู้ดูแลเข้าใจเข้าหมายและสิ่งที่ต้องทำในการทำงาน ค่าเฉลี่ย 3.67 โดยส่วนใหญ่ได้รับแรมสนับสนุนจากผู้จัดการในระดับปานกลางถึงมากกว่าร้อยละ 98.0 (ตารางที่ 8)

ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (n=232)

การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
1. ฉันสามารถแสดงความคิดเห็นกับผู้จัดการได้อย่างเปิดกว้าง	32 (13.8)	133 (57.3)	57 (24.6)	9 (3.9)	1 (0.4)	3.80	0.73
2. ฉันรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากผู้จัดการ	25 (10.8)	133 (57.3)	69 (29.7)	5 (2.2)	0 (0.0)	3.77	0.66
3. ผู้จัดการไม่ได้ทำให้ฉันเข้าใจเป้าหมายของการทำงานและสิ่งที่ฉันต้องทำ	5 (2.2)	26 (11.2)	65 (28.0)	26 (11.2)	56 (24.1)	3.67	1.03
4. ผู้จัดการไม่ได้ส่งเสริมและกระตุ้นให้ฉันถามคำถามเพื่อพัฒนาการทำงาน	6 (2.6)	20 (8.6)	58 (25.0)	79 (34.1)	69 (29.7)	3.80	1.04
5. ผู้จัดการไม่ได้รับฟังและเปิดโอกาสให้ฉันเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันอยากทำ	3 (1.3)	24 (10.3)	48 (20.7)	84 (36.2)	73 (31.5)	3.86	1.02
6. ฉันรู้สึกแย่ต่อทีท่าการพูดคุยและการให้คำปรึกษาของผู้จัดการ	3 (1.3)	12 (5.2)	47 (20.3)	88 (37.9)	82 (35.3)	4.01	0.94
การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	สูง (24 คะแนนขึ้นไป)				= 112 คน (48.30%)		
	ปานกลาง (15-23 คะแนน)				= 115 คน (49.60%)		
	ต่ำ (6-14 คะแนน)				= 5 คน (2.20%)		
	$\bar{x}$ = 22.91 SD= 4.08, Min = 9, Max= 30						

ส่วนที่ 7 ข้อมูลสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีสมรรถนะเกี่ยวกับการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุหลังจากการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมงค่าเฉลี่ย 4.02 รองลงมา คือ การจัดทำรายงานการดูแลผู้สูงอายุเสนอต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการดูแลในเรื่องของสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ค่าเฉลี่ย 4.01 สำหรับด้านที่น้อยที่สุด คือ การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ดูแล ในทุกๆ ด้าน ค่าเฉลี่ย 3.75 ภาพรวมผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 64.7 (ตารางที่ 9)

ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=232)

สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการปฏิบัติ					$\bar{x}$	SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
1. ท่านให้คำปรึกษาเรื่องการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ดูแล	32 (13.8)	129 (55.6)	68 (29.3)	3 (1.3)	0 (0.0)	3.82	0.67
2. ท่านแนะนำวิธีการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ	39 (16.8)	126 (54.3)	65 (28.0)	2 (0.9)	0 (0.0)	3.87	0.68
3. ท่านสังเกตความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่ดูแล ทั้งด้านพฤติกรรมและด้านสุขภาพ	40 (17.2)	155 (66.8)	35 (15.1)	2 (0.9)	0 (0.0)	4.00	0.60
4. ท่านรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลให้กับญาติหรือผู้ดูแลหลัก	40 (17.2)	146 (62.9)	42 (18.1)	4 (1.7)	0 (0.0)	3.96	0.65
5. ท่านทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในทุก ๆ ด้าน	29 (12.5)	121 (52.2)	76 (32.8)	6 (2.6)	0 (0.0)	3.75	0.70
6. ท่านจัดทำรายงานการดูแลผู้สูงอายุเสนอต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	45 (19.4)	144 (62.1)	43 (18.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.01	0.62

ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=232) (ต่อ)

สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการปฏิบัติ					$\bar{x}$	SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
7. ท่านดูแลในเรื่องของสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล	40 (17.2)	156 (67.2)	35 (15.1)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.01	0.58
8. ท่านได้รับการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุหลังจากการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง	38 (16.4)	162 (69.8)	30 (12.9)	2 (0.9)	0 (0.0)	4.02	0.57
9. ท่านเตรียม ปรุง ประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น รวมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงอาหารอย่างเหมาะสมและถูกสุขลักษณะ	35 (15.1)	124 (53.4)	69 (29.7)	4 (1.7)	0 (0.0)	3.82	0.70
10. ท่านดูแลเรื่องการขับถ่ายของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ	45 (19.4)	139 (59.9)	46 (19.8)	1 (0.4)	1 (0.4)	3.97	0.67
12. ท่านจัดทำรายงานสรุปผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ของตำบลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่	40 (17.2)	136 (58.6)	55 (23.7)	1 (0.4)	0 (0.0)	3.93	0.65
13. ท่านศึกษาแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง (Care Plan) ที่ได้รับจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ของตำบลที่ท่านปฏิบัติงานอย่างละเอียดจนเข้าใจชัดเจน	45 (19.4)	135 (58.2)	49 (21.1)	3 (1.3)	0 (0.0)	3.96	0.68
14. ท่านประเมินผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ได้ถูกต้อง	46 (18.5)	121 (52.2)	64 (27.6)	4 (1.7)	0 (0.0)	3.88	0.72

ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=232) (ต่อ)

สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการปฏิบัติ					$\bar{x}$	SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
15. ท่านปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง (Care Plan) ได้ครบถ้วนสมบูรณ์	48 (20.7)	129 (55.6)	53 (22.8)	2 (0.9)	0 (0.0)	3.96	0.69
การแปลผลระดับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ	สูง (57 คะแนนขึ้นไป) = 150 คน (64.70%)						
	ปานกลาง (36-56 ะแนน) = 82 คน (35.30%)						
	ต่ำ (15-35 คะแนน) = 0 คน (0.00%)						
	$\bar{x}$ 58.89, SD. =7.40, Min = 41, Max =75						

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 ในด้านปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียด ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอก การสนับสนุนทางสังคม ในการพยากรณ์สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \ldots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศหญิง

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนขึ้นไป

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพโสด

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพ (ข้าราชการ, เกษตรกรรม, รับจ้าง, ค้าขาย และอื่นๆ)

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาท/เดือน

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาท/เดือน

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของมีความพอเพียงต่อการใช้จ่ายของเดือน

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของโรคประจำตัว

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการตรวจสุขภาพประจำปี

b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเครียด

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเชื่ออานาจภายในและภายนอกตน

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมจากครองครัว

b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2. ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตาราง 10 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	**ระดับการวัดตัวแปร**
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	เพศหญิง (หญิง = 1, ชาย = 0)
อายุ	อัตราส่วน
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	ไม่ได้เรียน/ระดับประถมศึกษา (อ้างอิง)
	มัธยมศึกษา/ปวช., อนุปริญญา/ปวส., ระดับปริญญาตรีขึ้นไป = 1)

ตาราง 10 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	เพศหญิง (หญิง = 1, ชาย = 0)
อายุ	อัตราส่วน
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	ไม่ได้เรียน/ระดับประถมศึกษา (อ้างอิง)
	มัธยมศึกษา/ปวช., อนุปริญญา/ปวส., ระดับปริญญาตรีขึ้นไป = 1)
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	หม้าย/หย่า/แยก (อ้างอิง)
	โสด (โสด = 1, อื่น =0)
	สมรส (สมรส = 1, อื่นๆ = 0)
อาชีพ	นามบัญญัติ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน (อ้างอิง)
	เกษตรกรรม, รับจ้าง, ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ, ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว,อื่นๆ = 1)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จัดอันดับ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	(รายได้ ≤ 5,000 บาท = 0, รายได้ > 5,000 บาท = 1)
รายได้เฉลี่ยทั้งครับครัวต่อเดือน	จัดอันดับ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	(รายได้ ≤ 5,000 บาท = 0, รายได้ > 5,000 บาท = 1)
ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว	นามบัญญัติ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	(เพียงพอ =1, ไม่เพียงพอ =0)
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	อัตราส่วน
โรคประจำตัว	นามบัญญัติ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	(ไม่มี =1, มี = 0)
การตรวจสุขภาพประจำปี	นามบัญญัติ (สร้างตัวแปรหุ่น)
	(ตรวจ =1, ไม่ตรวจ =0)

ตาราง 10 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	อัตราส่วน
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	อัตราส่วน
ความเครียด	อัตราส่วน
ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน	อัตราส่วน
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	อัตราส่วน
การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน	อัตราส่วน
การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบ	อัตราส่วน
การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	
สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ	อัตราส่วน

ตาราง 11 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

ปัจจัย	Y	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	X_{10}	X_{11}	X_{12}	X_{13}	X_{14}	X_{15}	X_{16}	X_{17}	X_{18}	X_{19}
Y	1																			
X_1	-0.126	1																		
X_2	0.201	-0.146	1																	
X_3	-0.130	-0.068	-0.297	1																
X_4	-0.106	-0.118	-0.119	0.126	1															
X_5	-0.049	0.065	-0.114	0.041	-0.543	1														
X_6	-0.002	0.023	-0.253	0.067	0.167	0.018	1													
X_7	0.010	0.053	-0.140	0.253	0.114	-0.079	0.288	1												
X_8	0.090	0.137	-0.162	0.227	-0.046	0.020	0.135	0.481	1											
X_9	0.070	-0.009	-0.039	0.071	0.086	-0.018	0.150	0.279	0.185	1										
X_{10}	0.017	-0.100	0.139	-0.066	-0.131	-0.070	0.022	-0.034	-0.088	-0.053	1									
X_{11}	0.020	-0.046	-0.231	0.122	0.066	0.099	0.187	0.185	0.025	-0.027	-0.006	1								
X_{12}	0.124	-0.037	0.065	0.083	0.051	-0.080	-0.056	0.070	-0.060	0.211	0.022	-0.215	1							
X_{13}	0.143	0.192	0.131	-0.122	0.029	-0.091	-0.100	-0.066	-0.006	-0.129	0.153	-0.115	-0.004	1						
X_{14}	0.016	-0.129	0.187	-0.197	-0.180	0.031	0.031	-0.045	-0.146	0.064	-0.011	0.044	0.002	-0.100	1					
X_{15}	-0.031	-0.021	0.000	-0.126	0.007	-0.180	-0.097	-0.121	-0.066	-0.095	0.137	-0.124	-0.026	0.006	0.047	1				
X_{16}	0.120	-0.081	0.213	-0.157	-0.067	-0.087	-0.064	-0.147	-0.211	-0.015	0.046	-0.033	-0.018	-0.002	0.319	0.207	1			
X_{17}	0.250	0.042	0.038	0.020	0.004	0.062	-0.082	0.152	0.151	0.032	0.048	0.050	-0.003	0.201	-0.199	-0.189	-0.099	1		
X_{18}	0.419	-0.104	0.091	-0.068	-0.081	-0.006	0.071	0.011	-0.007	0.153	-0.010	0.000	0.042	0.040	0.176	-0.001	0.103	0.216	1	
X_{19}	0.315	-0.023	-0.017	0.082	0.077	-0.087	-0.004	0.073	0.119	-0.008	0.061	-0.068	0.017	0.147	-0.366	-0.174	-0.144	0.411	0.162	1

โดยที่ Y = สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

X_1 = หญิง

X_2 = อายุ

X_3 = ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนขึ้นไป

X_4 = สถานภาพโสด

X_5 = สถานภาพสมรส

X_6 = อาชีพ (ข้าราชการ, เกษตรกรรม, รับจ้าง, ค้าขาย และอื่นๆ)

X_7 = รายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาท/เดือน

X_8 = รายได้ครอบครัวเฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาท/เดือน

X_9 = มีความพอเพียงต่อการใช้จ่ายของเดือน

X_{10} = ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

X_{11} = โรคประจำตัว

X_{12} = ตรวจสุขภาพประจำปี

X_{13} = ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

X_{14} = ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

X_{15} = ความเครียด

X_{16} = ความเชื่ออานาจภายในและภายนอกตน

X_{17} = การสนับสนุนทางสังคมจากครองครัว

X_{18} = การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

X_{19} = การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 19 ตัวแปร พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ที่ –0.543-0.481 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์สูงเกินไป ไม่เกิน 0.80 (ชวลิต ทับสีรัก, 2555)

4. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยครั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกตอ (Enter Method) ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) พบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.413 (กรณี Durbin-Watson< 1.5 แสดงว่า ความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อน อยู่ในทิศทางบวก จะสรุปว่า ค่าความคลาดเคลื่อนอิสระกัน)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Unstandardized Residual พบว่า p-value = 1.000 แสดงว่า ว่า p-value > α ยอมรับ H_0 (Accept H_0) ดังนั้น ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.571 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.751 ซึ่งไม่เกิน 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

ผู้วิจัยวิเคราะห์หาอำนาจการทำนายระหว่าตัวแปร โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Method)

ตาราง 11 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ตัวแปรพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis) (n=232)

ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง	**b**	**SE (b)**	**Beta**	**t**	**p**
1. อายุ	0.130	0.043	0.173	3.038	0.003
2. การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน	0.676	0.108	0.361	6.266	<0.001*
3. การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	0.470	0.104	0.259	4.517	<0.001*
Constant (a) = 26.616	R = 0.518		R square = 0.268		
Adjusted R square = 0.258	F = 27.840		P < 0.001		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 11 ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter multiple regression analysis) ของตัวแปรอิสระทั้ง 19 ตัวแปรกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง พบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง มี 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) อายุ 2) การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน 3) การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 25.8 (Adjusted R^2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และเมื่อสร้างสมการ สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการทำนาย $Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$

เมื่อ Y = สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุที่มีต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนที่มีต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง

x_1 = อายุ

x_2 = การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน

x_3 = การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ในการสร้างสมการของปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของตัวที่ถูกเลือกไปวิเคราะห์ คือ 1) อายุ 2) การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน 3) การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีค่าคงที่ (a) เท่ากับ 26.616 จากการวิเคราะห์ถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อการหาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ดังนี้

สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง = 26.616 + 0.130 (อายุ) + 0.676 (การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน) + 0.470 (การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) โดยปัจจัยทั้งปัจจัยสามารถร่วมทำนายได้ ร้อยละ 26.80

จากสมการ แสดงว่า อายุ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย

เท่ากับ 0.130 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระคงที่ อายุของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง จะเพิ่มขึ้น 0.130 หน่วย

การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.676 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระคงที่ การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง จะเพิ่มขึ้น 0.676 หน่วย

การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.470 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระคงที่ การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง จะเพิ่มขึ้น 0.470 หน่วย

โดยปัจจัยทั้งปัจจัยสามารถร่วมทำนายได้ ร้อยละ 26.80

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 232 คน โดยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่านแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ข้อมูลทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลความเครียด ข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Method) ซึ่งและผู้วิจัยได้แยกสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.1 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 62.1 อายุเฉลี่ย 56.18 ปี อายุสูงสุด 81 ปีและอายุต่ำสุด 26 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28 มีรายได้เฉลี่ย 5000-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 46.6 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5000-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 48.3 มีการใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 51.7 ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1-4 ปี ร้อยละ 67.7 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ร้อยละ 40.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.2 และได้ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 75.4

2. ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 71.6 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 26.3

3. ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพึง อยู่ในระดับ พอใช้ ร้อยละ 55.2 รองลงมาคือ ไม่ดีพอ ร้อยละ 27.2 และมีความรู้ในระดับดีเพียง ร้อยละ 17.7

4. ข้อมูลความเครียด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 62.9 อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางส่งนมีความเครียดในระดับมากถึงร้อยละ 27.6 และระดับรุนแรงถึงร้อยละ 9.5

5. ข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.7 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 34.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.4

6. ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

6.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครองครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครองครัว อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.7 รองลงม่คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.9 มีเพียงร้อยละ 0.4 ที่มีระดับแรงสนับสนุนทางครอบครัวระดับต่ำ

6.2 การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.1 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 28.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.9

6.3 การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 49.6 รองลองมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 48.3 และมีระดับต่ำ เพียงร้อยละ 2.2

7. ข้อมูลสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ร้อยละ 64.7 รองลองมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.3 และไม่มีมีระดับต่ำ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีสมรรถนะเกี่ยวกับการรายงานการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุที่ดูแลให้กับญาติหรือผู้ดูแลหลักและการจัดทำรายงานการดูแลผู้สูงอายุเสนอต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการสังเกตความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่ดูแลทั้งด้านพฤติกรรมและด้านสุขภาพ สำหรับด้านที่น้อยที่สุด คือ การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ดูแล ในทุกๆ ด้าน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง

สมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงมีสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง

ผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงมีสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 54.3 และระดับสูง ร้อยละ 1.7 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 2 คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่จัดการฝึกอบรม มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

อายุของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.3 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 44 ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง สามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลให้กับญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เมื่อสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทั้งด้านพฤติกรรมและสุขภาพ

1. อายุของผู้ดูแล มีผลทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถบอกได้ถึงความมีวุฒิภาวะ ซึ่งเมื่อบุคคลเติบโตและมีวุฒิภาวะมากขึ้น จะสามารถตัดสินใจเลือกทางที่ดีและถูกต้องในการดูแลตนเองและผู้อื่น โดยมีความสามารถในการดูแลมักเพิ่มขึ้นตามอายุ (Orem,1991) ซึ่ง

สอดคล้องกับการวิจัยของจีราวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิรนันท์ ปุริมาตย์ และคณะ(2562) ที่พบว่า อายุมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มาภาวะพึ่งพิง

2. การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน มีผลทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสังคม ในการหาความช่วยเหลือต่างๆ จากสังคมรอบข้าง ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลฤทัย บุญชู และคณะ (2558) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนันท์ ปุริมาตย์ และคณะ(2562) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผลทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลระบบสามารถดูปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้จัดการระบบมีการเปิดรับฟังความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลทำในสิ่งต่างๆ ที่อยากทำ ส่งผลให้ได้รับความไว้วางใจอย่างมากจากผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิวพร ชุ่มเย็น และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2565) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถอธิบายว่า การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 มีผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษา เนื่องจาก การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมของหน่วยงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีแนวทางในการคัดเลือกไปในรูปแบบเดียวกัน อีกทั้งผู้เข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อยู่แล้ว ทำให้คุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ผ่านการอบรมจึงมีความคล้ายคลึงกัน และผู้เข้ารับการอบรมบางส่วนทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัวอยู่แล้ว อีกทั้งการเข้ารับการอบรมเป็นการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทัศนคติที่ดีต่อ

การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้คุณลักษณะส่วนบุคคล รวมถึงทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแล

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ในระบบการดูแลระยะยาวของเขตสุขภาพที่ 4 นอกจากการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ยังมีการอบรมฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี โดยมีจัดการอบรมฟื้นฟูทุกปี และผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ครบ 3 ปี ต้องเข้ารับการอบรมฟื้นฟูโดยศูนย์อนามัยที่ 4 ทุกคน ทำให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 4 ควรพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคม โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนการดูแลระยะยาวในด้านค่าตอบแทนของผู้ดูแล การจัดหาและสนับสนุนเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น ศูนย์อนามัยที่ 4 ควรสนับสนุนให้มีเครือข่ายการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยมีองค์ประกอบทั้งผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน แกนนำชุมชน รวมทั้งองค์กรในชุมชน เพื่อร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถให้คำปรึกษา การติดต่อกับผู้อื่น การสนับสนุนผู้ดูแล การช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในชุมชนที่นอกเหนือจากคนในครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพได้ตามมาตรฐานและสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ตามเป้าหมายของหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ที่การวิจัยนี้พบว่ามีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลรองจากการสนับสนุนทางสังคมโดยชุมชน โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยางมีบทบาทหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานงานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ด้วยการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการจัดบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล เขตสุขภาพที่ 4 ควรจัดให้มีระบบการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้การ

ปฏิบัติงานของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ และได้ตามมาตรฐาน รวมทั้งจัดให้มีนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นที่ปรึกษาสามารถให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไขแก่ผู้ดูแล หากมีปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้เต็มประสิทธิภาพ ในส่วนของศูนย์อนามัยที่ 4 ในฐานะหน่วยงานที่เป็นผู้จัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหลักสูตรเบื้องต้นและฟื้นฟู ควรมีการสำรวจข้อมูลในการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อหาแนวทางแก้ไข เพื่อนำไปปรับปรุงหลักสูตรการอบรมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวทั้งหลักสูตรเบื้องต้นและฟื้นฟู เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลระบบการดูแลระยะยาวมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแล จากการวิจัยคืออายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ควรมีนโยบายในการคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง โดยมีการเสนอแนะช่วงอายุที่เหมาะสมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนศูนย์อนามัยที่ 4 ควรจัดระบบการสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลให้สอดคล้องกับอายุของผู้ดูแล โดยวิเคราะห์จุดแข็ง และจุดอ่อนของผู้ดูแลในแต่ละช่วงอายุ และมีการนิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ ประเมินผลการปฏิบัติงานและให้ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในส่วนของผู้ดูแลที่อยู่ในช่วงอายุที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานหรือทำให้สมรรถนะการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพลดลง ศูนย์อนามัยที่ 4 ควรมีการวางแนวทางการสนับสนุน ช่วยเหลือและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในทุกกลุ่มอายุด้วย

2. ข้อเสนอแนะในวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง อาจทำให้ขาดรายละเอียดที่สำคัญบางประการ จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนและการสนับสนุนโดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการส่งเสริมสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจมีความคลาดเคลื่อนหรืออาจมีความอคติจากกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลร่วมด้วย เพื่อให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น

บรรณนานุกรม

กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บญชา. (2558). “การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.” พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: สามลดา.

กุลวีณ์ วุฒิกร. (2559). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 16(2), 50-60.

กีรติ กิจธีรวุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีรวุฒิวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(4), 15-24.

จิรนันท์ ปุริมาตย์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(4), 610-619.

จิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกุล, สุรินธร กลัมพากร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(3), 41-52.

ชยานุส คำโสม, สุนีย์ ละกำปั่น, เพลินพิศ บุณยมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 12(2), 193-207.

ดลฤทัย บุญชู และคณะ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2), 61-78.

เตือนใจ ปาประโคน, วิทัศน์ จันทรโพธิศรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3), 31-38.

ธนาภรณ์ ตั้งทองสว่าง. (2564). แรงสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัยในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร วังท่าพระ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

นันทภัค ชนะพันธ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิทรา กิจธีรวุฒิวงษ์. (2561). การวิจัยทางสาธารณสุข:จากหลักการสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

ปภาสินี แซ่ติ๋ว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์,ธนิดา ทีปะปาล. (2562). การศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(1), 300-310.

ปราโมทย์ ประสาทกุล(บ.ก.). (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561. นครปฐม : บริษัท พริ้นเทอรี่ จำกัด.

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพชรา ชวนะพันธ์, รวิวรรณ ศิริสมบูรณ์, จิตตินัฏฐ์ จูมไธสง, เพ็ญศรี จาบประไพ, มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์, มาลี มีแป้น, และนุจรินทร์ เจริญผล. (2560). คู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สระบุรี:

วิมล บ้านพวน (บ.ก.). (2558). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร CARE MANAGER กระทรวงสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

วิมล บ้านพวน (บ.ก.). (2558). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

ศิวพร ชุ่มเย็น, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 34(1), 28 – 36.

สุภาภร เจือมา, ชนะพล ศรีฤาชา. (2561). ศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11(3), 54-60.

สำมะโนประชากรและเคหะ. (2563). สืบค้นจาก http://nso.go.th/sites/2014/Pages/pop/สำมะโนประชากร.aspx

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). สืบค้นจาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx

วรัญญา จิตรบรรทัด, ธมลวรรณ แก้วกระจก, พิมลวรรณ เรื่องพุทธ. (2560). ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 23(1), 5-16.

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.

Barth Oeseburg, Rudi Hilberts, Petrie F.Roodbol. (2015). Essential Competencies for the education of nursing assistants and care helpers in elderly care. Nurse Educ. Today

House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), Work stress and social support (4th ed. ed., pp. 13-26) Philadelphia: Addison Wesley.

Koechiro Shiba, Naoki Kondo, and Katsunori Kondo. (2016). Informal and Formal Social Support and Caregiver Burden:The AGES Caregiver Survey. Journal of Epidemiology, 26(12), 622-628.

Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In L. S. Cohen & B. G. Underwood (Eds), Measuring and interventing in social support (pp.107-140). New York Oxford University.

Ming-Chun Chen, Chi-Wen Kao, Yu-Lung Chiu. (2017). Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. Health and Quality of Life Outcomes, 15- 15(1)

Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. Journal of behavioral medicine, 4(4), 381-406.

Su Jin Shin, Kyung-Sook Choi, Seungeun Jeong, Seulgee Kim, Hyeung-Keun Park, and Jae Eun Seok. (2012). A job analysis of care helpers. Journal of Educational Evaluation for Health Professions.

Total population (both sexes combined) by region, subregion and country, annually for 1950-2100 (thousands).(2020).Retrieved October 10, 2020,from/http://www.population.org

ภาคผนวก

COA No. 110/2021
IRB No. P3-0026/2564

AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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 : การประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

ผู้วิจัยหลัก : นายพนิดเทพ ทิพพะวงส์

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2564
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 19 มีนาคม 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 19 มีนาคม 2564
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 19 มีนาคม 2564
7. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 19 มีนาคม 2564
8. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2564
9. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2564
10. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ (Budget) เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2564

ลงนาม

(นายแพทย์ฮัมบูรณ์ ดันสุภสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 24 มีนาคม 2564

วันหมดอายุ : 24 มีนาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอคณุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากรับรองแบบส่วงหน้า)

จังหวัด ☐

เลขที่แบบสอบถาม ☐☐☐

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย
เรื่อง ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง
ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน 12	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	จำนวน 12	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 15	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด	จำนวน 20	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน	จำนวน 10	ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 18	ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบวัดสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 15	ข้อ
รวมทั้งหมด	จำนวน 102	ข้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง
นายพนิตเทพ ทัพพะรังสี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล CODE

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือเติมข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. วันเกิด ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

3. ระดับการศึกษาสูงสุด
( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ระดับประถมศึกษา ( ) 3. ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.
( ) 4. อนุปริญญา/ปวส. ( ) 5. ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

4. สถานภาพสมรส
( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า / แยกกันอยู่

5. อาชีพ
( ) 1. ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน ( ) 2. เกษตรกรรม
( ) 3. รับจ้าง ( ) 4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
( ) 5. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน
( ) 1. น้อยกว่า 5,000 บาท ( ) 2. ตั้งแต่ 5,000 ถึง 15,000 บาท
( ) 3. ตั้งแต่ 15,000 ถึง 30,000 บาท ( ) 4. ตั้งแต่ 45,000 ถึง 60,000 บาท
( ) 5. ตั้งแต่ 60,000 ถึง 75,000 บาท ( ) 6. ตั้งแต่ 75,000 บาทขึ้นไป

7. รายได้เฉลี่ยของทั้งครอบครัวต่อเดือน
( ) 1. น้อยกว่า 5,000 บาท ( ) 2. ตั้งแต่ 5,000 ถึง 15,000 บาท
( ) 3. ตั้งแต่ 15,000 ถึง 30,000 บาท ( ) 4. ตั้งแต่ 45,000 ถึง 60,000 บาท
( ) 5. ตั้งแต่ 60,000 ถึง 75,000 บาท ( ) 6. ตั้งแต่ 75,000 บาทขึ้นไป

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่านและครอบครัวเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัวของท่านหรือไม่
( ) 1. เพียงพอ ( ) 2. ไม่เพียงพอ

9. ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ .....ปี (ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

10, ท่านได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมงจากหน่วยงาน
( ) 1. กรมอนามัย
( ) 2. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
( ) 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
( ) 4. โรงพยาบาล

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี ระบุ.....

12. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่
( ) 1. ตรวจ ( ) 2. ไม่ได้ตรวจ

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1	ท่านเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจะทำให้เหงา จึงควรหากิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ						☐
2	เมื่อท่านเห็นผู้สูงอายุทำงานหนักรู้สึกสงสาร						☐
3	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม						☐
4	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุสามารถสร้างความสามัคคีในหมู่คณะได้						☐
5	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรมีบทบาทในการประกอบธุรกิจ						☐
6	ท่านคิดว่าการมีบุคคลสูงอายุในครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่นและรักใคร่ปรองดองกัน						☐
7	ในการจัดงานพิธีต่าง ๆ ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุจะเป็นที่ปรึกษาได้อย่างดี						☐
8	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรเป็นผู้นำเกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณี เพราะความจำไม่ดี						☐
9	ท่านคิดว่าจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุแม้จะใช้เวลาและยาก						☐
10	ท่านคิดว่าผู้ดูแลที่ทำงานกับผู้สูงอายุ ควรได้รับการอบรมการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ						☐
11	ท่านคิดว่าผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น โดยการได้พูดคุยกับญาติ						☐
12	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้ใช้วาระสุดท้ายของชีวิตกับครอบครัว						☐

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ **"ใช่"** หรือ **"ไม่ใช่"** ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง**หนึ่งช่อง**

ข้อ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่	
1	ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าคะแนนการประเมิน ADL มากกว่า 12 คะแนน			
2	การประเมินภาวะวิกฤติ ในผู้ป่วยสูงอายุประเมินได้จาก ข้อมูลของผู้สูงอายุ การสังเกตด้านการติดต่อสื่อสาร เช่นการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้สัมผัส และการประเมินการหายใจ			
3	อาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำมาก กินเก่ง หิวบ่อย น้ำหนักลด รวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำ เป็นแผลแล้วหายช้า ถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยสูงอายุ			
4	การตกเลือดมี 2 ชนิดคือ การตกเลือดภายนอก และการตกเลือดภายใน การห้ามเลือดภายนอกที่สำคัญคือการกดลงบนแผลที่มีเลือดออกและไม่ควรยกแขนหรือขาที่มีเลือดออกให้อยู่สูงเท่าหน้าอกหรือหัวใจเพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้น			
5	การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยางควรระมัดระวังไม่ให้สายยางหรือท่อให้อาหารหลุด จำเป็นต้องทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหารควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูงให้อาหารอย่างช้าๆ และคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด			
6	การทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ควรกระทำเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุสำลักได้			
7	หลักการให้ยาที่นิยมกันเป็นสากล คือ 5 ถูก ได้แก่ 1.ให้ถูกกับคน 2.ให้ถูกชนิดของยา 3. ให้ถูกขนาดยา 4. ให้ถูกทาง เช่นทางปาก ทางผิวหนัง และ 5. ให้ถูกเวลาเช่น ก่อนหรือหลังอาหาร			
8	ข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ การให้ยาสองอย่างขึ้นไปยาอาจมีปฏิกิริยาต่อกันได้, การหยิบยาผิด, การทานยาสมุนไพรที่ไม่มีการรับรองมาตรฐาน, การเกิดอาการแพ้ยา, ผลข้างเคียงจากยาซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องระวังทุกครั้งในการให้ยาผู้สูงอายุ			
9	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ครั้งละ 30 นาทีจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ			
10	ห้องน้ำไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุเกิน 9 ฟุต เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายในห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ ปูด้วยวัสดุพื้นหยาบหรือแผ่นกันลื่น			
11	การทำความสะอาดฟันเทียมควรแช่ในน้ำเดือดเพื่อฆ่าเชื้อโรค และตากแห้งทุกครั้งหลังทำความสะอาด			
12	ผู้สูงอายุจะมองเห็นสีเขียว สีม่วง สีน้ำเงิน ได้ดีกว่าสีเหลือง สีส้ม และสีแดง ดังนั้นการจัดห้องและการใช้สีควรเป็นสีที่บจะดีกว่าสีสว่าง เพราะผู้สูงอายุจะมองเห็นได้ดีกว่า			
13	บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือผู้ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือประคับประคอง ให้การสนับสนุน และเป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน			
14	ผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความจำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะไม่มีประโยชน์			
15	หลักธรรมประจำใจของผู้ดูแลคือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา			

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด

คำชี้แจง

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความกังวล ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องพบกับสถานการณ์ที่ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคาดหวัง เช่น เมื่อต้องฝืนใจทำสิ่งที่ไม่ชอบ หรือไม่ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ

ระดับของความเครียด

(1) หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด (4) หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

(2) หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย (5) หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

(3) หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด					
		1	2	3	4	5	
1	กลัวทำงานผิดพลาด						☐
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้						☐
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน						☐
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียงและดิน						☐
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ						☐
6	เงินไม่พอใช้จ่าย						☐
7	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด						☐
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด						☐
9	ปวดหลัง						☐
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง						☐
11	ปวดศีรษะข้างเดียว						☐
12	รู้สึกวิตกกังวล						☐
13	รู้สึกคับข้องใจ						☐
14	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด						☐
15	รู้สึกเศร้า						☐
16	ความจำไม่ดี						☐
17	รู้สึกสับสน						☐
18	ตั้งสมาธิลำบาก						☐
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย						☐
20	เป็นหวัดบ่อย ๆ						☐
คะแนนรวม							☐

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน

คำชี้แจง

ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง การเชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นผลมาจากการกระทำ และลักษณะพฤติกรรมของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมได้

ความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึง การเชื่อว่าเหตุการณ์หรือผลที่เกิดขึ้นกับตนทั้งด้านดีและด้านร้าย เป็นผลของโชคชะตา ความบังเอิญ เคราะห์กรรม หรือผู้อื่นผลักดันให้เกิดขึ้นกับตน

ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1	เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันควรจะไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล							☐
2	ผู้คนรอบข้างมีส่วนอย่างมากที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพดีหรือเกิดการเจ็บป่วย							☐
3	เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันมักโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุ							☐
4	แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพของฉัน							☐
5	การที่ฉันมีสุขภาพดีเพราะฉันโชคดี							☐
6	ฉันมีสุขภาพแข็งแรงเพราะฉันดูแลตัวเอง							☐
7	การได้รับความช่วยเหลือดูแลจากคนรอบข้าง มีส่วนช่วยให้อาการของฉันดีขึ้น							☐
8	ถึงแม้ว่าฉันดูแลตัวเองเพียงใดก็ตาม ฉันก็ยังดูเหมือนเจ็บป่วยอยู่เสมอ							☐
9	ถ้าฉันดูแลตัวเองอย่างดี ฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ							☐
10	ฉันปฏิบัติทุกอย่างตามแพทย์บอก เพื่อเป็นหนทางที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพแข็งแรง							☐

ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของบริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความ					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
การสนับสนุนทางสังคมจากครองครัว							
1	ครอบครัวยอมรับในตัวฉันไม่ว่าฉันจะเป็นอย่างไร						☐
2	ฉันกับครอบครัวจะใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน						☐
3	ครอบครัวยอมรับและอนุญาตให้ฉันตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวฉันเอง						☐
4	ครอบครัวพยายามบังคับและชี้นำการดำเนินชีวิตของฉัน						☐
5	ครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ฉันทำสิ่งต่าง ๆ ตามแนวทางของตัวเองแต่กลับให้ทำตามแนวทางของท่าน						☐
6	ครอบครัวดูจะไม่มีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับฉัน						☐
การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน							
7	คนในชุมชนให้คำแนะนำดักเตือนเพื่อให้ฉันตัดสินใจได้ดี						☐
8	ฉันได้แนวคิดดี ๆ เกี่ยวกับวิธีการทำงานจากคนในชุมชน						☐
9	เมื่อฉันมีปัญหา คนในชุมชนจะคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือฉัน						☐
10	เมื่อมีการแบ่งกลุ่ม คนในชุมชนจะให้การยอมรับฉันเข้ากลุ่มหรือเป็นหัวหน้ากลุ่ม						☐
11	ฉันมีเพื่อนในชุมชนที่คอยปลอบใจและไปหาได้ในยามที่ฉันจิตตก						☐
12	ฉันไม่เคยได้อะไรจากคนในชุมชนและแม่แต่มิตรภาพเพราะคนในชุมชนมักจะคอยเอาเปรียบฉันอยู่เสมอ						☐

ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

คำชี้แจง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของบริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความ					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว							
13	ฉันสามารถแสดงความคิดเห็นกับผู้จัดการได้อย่างเปิดกว้าง						☐
14	ฉันรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากผู้จัดการ						☐
15	ผู้จัดการไม่ได้ทำให้ฉันเข้าใจเป้าหมายของการทำงานและสิ่งที่ฉันต้องทำ						☐
16	ผู้จัดการไม่ได้ส่งเสริมและกระตุ้นให้ฉันถามคำถามเพื่อพัฒนาการทำงาน						☐
17	ผู้จัดการไม่ได้รับฟังและเปิดโอกาสให้ฉันเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันอยากทำ						☐
18	ฉันรู้สึกแย่ต่อที่ท่าการพูดคุยและการให้คำปรึกษาของผู้จัดการ						☐

ส่วนที่ 7 แบบวัดสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

สมรรถนะผู้ดูแล หมายถึง สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับบทบาทในการปฏิบัติงานทั่วไป คือ เข้าใจนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐบาลและองค์กร โดยสามารถดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองและผู้สูงอายุได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติของท่าน					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1	ท่านให้คำปรึกษาเรื่องการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ดูแล						☐
2	ท่านแนะนำวิธีการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ						☐
3	ท่านสังเกตความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่ดูแล ทั้งด้านพฤติกรรมและด้านสุขภาพ						☐
4	ท่านรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลให้กับญาติหรือผู้ดูแลหลัก						☐
5	ท่านทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในทุก ๆ ด้าน						☐
6	ท่านจัดทำรายงานการดูแลผู้สูงอายุเสนอต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						☐
7	ท่านสังเกตความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่ดูแล ทั้งด้านพฤติกรรมและด้านสุขภาพ						☐
8	ท่านรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลให้กับญาติหรือผู้ดูแลหลัก						☐
9	ท่านทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในทุก ๆ ด้าน						☐
10	ท่านจัดทำรายงานการดูแลผู้สูงอายุเสนอต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						☐

ส่วนที่ 7 แบบวัดสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)
คำชี้แจง

สมรรถนะผู้ดูแล หมายถึง สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับบทบาทในการปฏิบัติงานทั่วไป คือ เข้าใจนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐบาลและองค์กร โดยสามารถดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองและผู้สูงอายุได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด<u>เพียงหนึ่งช่อง</u>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติของท่าน					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
11	ท่านสามารถส่งต่อผู้สูงอายุที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ตามระบบการส่งต่ออย่างถูกต้อง						☐
12	ท่านจัดทำรายงานสรุปผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวของตำบลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่						☐
13	ท่านศึกษาแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง (Care Plan) ที่ได้รับจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวของตำบลที่ท่านปฏิบัติงานอย่างละเอียดจนเข้าใจชัดเจน						☐
14	ท่านประเมินผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ได้ถูกต้อง						☐
15	ท่านปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง (Care Plan) ได้ครบถ้วน สมบูรณ์						☐

— ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี —