



ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	พิชญา จันดาหาร
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว, ผลการปฏิบัติงาน, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา เป็นการวิจัยโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพิษณุโลก เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (Care giver) จังหวัดพิษณุโลก ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอย่างน้อย 70 ชั่วโมง จำนวน 320 คน ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

จากผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 59.05$, S.D. = 10.45) แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะ ทักษะแรงจูงใจ และสถานภาพสมรส ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถ ทำนายผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 60.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.602$, p-value < 0.001) โดยแรงสนับสนุน ทางสังคม สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = 0.697$, p-value < 0.001) รองลงมาคือ ทักษะ ($\beta = 0.281$, p-value < 0.001) แรงจูงใจ ($\beta = 0.329$, p-value < 0.001) และสถานภาพสมรส ($\beta_a = 1.693$, p-value < 0.001) ตามลำดับ

จากการศึกษาครั้งนี้ มีการวัดผลการปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเอง ควรเพิ่มการประเมินผล จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อปท. ผู้จัดการผู้สูงอายุ และญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการสนับสนุนพัฒนา ศักยภาพอย่างต่อเนื่องและดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

Title THE FACTORS AFFECTING PERFORMANCE OF CAREGIVERS
IN THE LONG TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY
DEPENDENCY IN PHITSANULOK PROVINCE

Author Pitchaya Chandahan

Advisor Assistant Professor Thananch Kanokthet, Ph.D.

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

Keywords caregiver, long term care system, dependency, performance,
dependent elderly

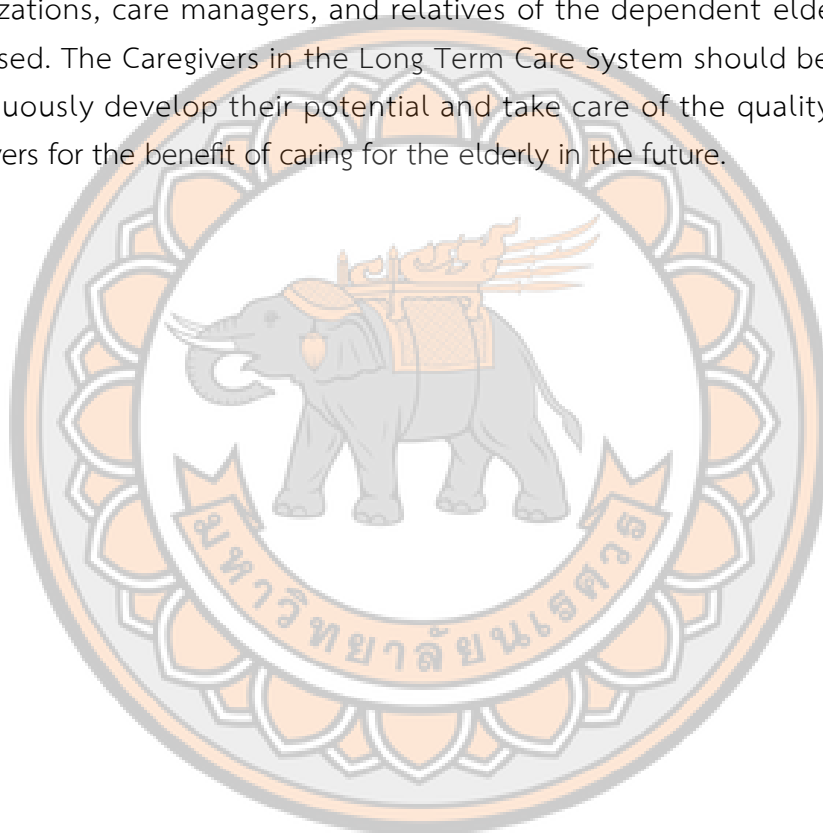
Abstract

The objectives of this Descriptive Research Study were to investigate The Factors Affecting Performance of Caregivers in the Long Term Care System for the Elderly Dependency in Phitsanulok Province. The sample consisted of 320 caregivers of dependent elderly people, which was selected randomly and based on a Multi-stage Sampling. Research instrument was a questionnaire. Data were collected during October-December 2023. Data were then analyzed by statistics to determine frequency, percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression analysis.

The major findings indicated that the sample's functional performance was at a moderate level overline ($\bar{X} = 59.05$, S.D. = 10.45), social support, Attitudes, Motivation, and Marital status on Health Care for Dependent Elderly could jointly predict 60.02 % of the variation in the functional performance of caregivers of dependent elderly with a statistical significance ($R^2 = 0.602$, p-value < 0.001) social support the highest predictive influence on the functional performance of caregivers ($\beta = 0.697$, p-value < 0.001) Attitudes ($\beta = 0.281$, p-value < 0.001) Motivation ($\beta = 0.329$, p-value < 0.001) and Marital status ($\beta_a = 1.693$, p-value < 0.001)

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

This research, the Performance of Caregivers in the Long Term Care System for was measured by the Caregivers in the Long Term Care System themselves. Evaluations from the staff of the sub-district hospital, local administrative organizations, care managers, and relatives of the dependent elderly should be increased. The Caregivers in the Long Term Care System should be supported to continuously develop their potential and take care of the quality of life of the caregivers for the benefit of caring for the elderly in the future.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุข อำเภอมืองพิษณุโลกสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงโสม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและทำ การวิจัย รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบ แบบสอบถามสุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้กำลังใจและให้การ สนับสนุนในทุกด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา รวมไปถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย และเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยทำงาน วิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยคุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบ และอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อการวางแผน ดำเนินงานและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

พิษญา จันดาหาร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....	ข
ABSTRACT.....	ค
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ขอบเขตด้านประชากร.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
นโยบายและบทบาทภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว.....	23
บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	31
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล.....	35
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยการปฏิบัติงาน.....	37
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	44

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
กรอบแนวคิดการวิจัย	55
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	65
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป	67
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน	70
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	72
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	75
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	77
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ด้าน	79
ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (STEPWISE MULTIPLE REGRESSION ANALYSIS)	83
บทที่ 5 บทสรุป	87
สรุปผลการวิจัย	87
อภิปรายผลการศึกษา	89
ข้อเสนอแนะ	92
บรรณานุกรม	93
ภาคผนวก	102
ประวัติผู้วิจัย	113

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงประชากร และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละอำเภอ ในจังหวัดพิษณุโลก.....	58
ตาราง 2 แสดงผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	64
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 320)	67
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ (n = 320)	70
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 320).....	70
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวม (n = 320)	72
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (n = 320)	73
ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยงูใจของกลุ่มตัวอย่าง	75
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการยอมรับ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 320)	75
ตาราง 10 แสดงปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	77
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 320).....	78
ตาราง 12 แสดงผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง.....	79
ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการปฏิบัติงานของ กลุ่มตัวอย่าง ด้านร่างกาย จำแนกรายข้อ (n = 320).....	80
ตาราง 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ อำนาจการพยากรณ์ของแรงสนับสนุน ทางสังคม ทัศนคติ แรงงูใจ สถานภาพสมรสและการได้รับการฟื้นฟูความรู้ที่ส่งผล ต่อการ ปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก (Stepwise)	84

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	55
--------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตราการเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 โลกของเรามีประชากร 7,875 ล้านคน โดยเฉลี่ย โลกของเราเป็นสังคมสูงอายุแล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าโลกจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2593 และจะมีจำนวนประชากรสูงอายุสูงถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคน ทุกทวีปทั่วโลกกลายเป็นสังคมสูงอายุเกือบทั้งหมด มีเพียงทวีปแอฟริกาเพียงทวีปเดียวที่ยังไม่เป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยทวีปเอเชียเป็นทวีปที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด ในโลก มีประชากรสูงอายุ 627 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.4 ของประชากรเอเชียทั้งหมด ประเทศในกลุ่มอาเซียนมีประชากรสูงอายุ 76 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรอาเซียนทั้งหมด ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วในคือ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย เมียนมา และบรูไน ยกเว้น ลาว กัมพูชาและฟิลิปปินส์ที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย (United Nations, 2022) ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 12.5 ล้านคน คิดเป็น 18.8% ของประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นเป็น 20% ในปี 2574 ขณะที่สหประชาชาติ คาดการณ์ว่า สัดส่วนผู้สูงอายุของไทยมากกว่าประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน และไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศส่วนใหญ่ในอาเซียนประมาณ 20 ปี และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ในปี พ.ศ. 2578 เมื่อมีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายของผู้สูงอายุค่อย ๆ เสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และจากการที่เทคโนโลยีทางการแพทย์การพยาบาลและการสาธารณสุขในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตามจากการเจ็บป่วยต่าง ๆ มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ นอกจากนี้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคเหล่านี้รักษาไม่หายต้องพึ่งพาและดูแลต่อเนื่องระยะยาว จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 69.3 ประชากรในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง

และพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งประเทศไทย, 2550) การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่า ภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุต้องพบกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตกิจวัตรประจำวัน (วันเพ็ญ ปันราช, 2552) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากคู่ชีวิต บุตรหลาน และญาติ นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลที่จ้างมาด้วย แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมไทยในปัจจุบัน จากครอบครัวใหญ่กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ลดลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เนื่องจากไม่มีญาติหรือญาติไม่มีเวลาเพียงพอ และมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยไม่มีบุตรคอยดูแลและอยู่ตามลำพังมากขึ้น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) จึงต้องมีผู้ดูแลจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563 ระบุว่า จากทั้งหมด 21.9 ล้านครัวเรือน มีถึง 1.3 ล้านครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว ขณะที่อีก 1.4 ล้านครัวเรือน มีเฉพาะผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกัน โดยไม่มีคนวัยอื่นอาศัยอยู่ในบ้าน นั้นหมายความว่า มากกว่าร้อยละ 12 ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่อย่างลำพัง ส่วนอีกร้อยละ 42.6 หรือราว 9.3 ล้านครัวเรือน เป็นครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดสวัสดิการของรัฐสำหรับผู้สูงอายุใน 4 รูปแบบ ได้แก่ การประกันสังคม การช่วยเหลือสาธารณะ การบริการสังคม และการช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2553) ในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สวัสดิการของรัฐสำหรับผู้สูงอายุจึงกลายเป็นสิ่งจำเป็นเพิ่มมากขึ้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาให้เหมาะสม

ในปี 2559 รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย จึงจัดตั้ง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและกรมอนามัย ได้สนับสนุนนโยบายโดยการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงาน

และการจัดทำหลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 70 ชั่วโมง เป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบไปด้วย การดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านที่พักอาศัย

จากผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 19,894 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ 104,454 คน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 509,256 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล 168,468 คน (กรมอนามัย, 2566) จากผลการดำเนินงานในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ของ สปสช. ปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นร้อยละ 22.60 (กรมอนามัย, 2564) และจากงานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการกายใต้โครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนน Barthel ADL เติบโตขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ถึง 5.7 ล้านบาท ด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 ล้านบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ (ยศ วัชรคุปต์, 2561)

จังหวัดพิษณุโลกมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 156,549 คน ได้รับการคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) จำนวน 117,796 คน ร้อยละ 75.25 เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยเหลือตนเองและคนอื่นได้ (ติดสังคม) จำนวน 115,825 คน คิดเป็นร้อยละ 98.33 กลุ่มที่ 2 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้แต่ช่วยเหลือคนอื่นไม่ได้ (ติดบ้าน) จำนวน 1,370 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) จำนวน 601 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2565) มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 406 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1,195 คน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 1,971 คน (กรมอนามัย, 2566) จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2565 ของศูนย์อนามัยที่ 2 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4,350 คน มีการจัดทำ

Care Plan 4,130 คน คิดเป็นร้อยละ 94.94 จากผลการดำเนินการตาม Care Plan เมื่อจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) มีแนวโน้มของผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น (ศูนย์อนามัยที่ 2, 2566) ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี ของ ยศ วัชรคุปต์ (ยศ วัชรคุปต์, 2561) ที่มีการศึกษาพบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอร์ซเบิร์ก และคณะ ที่อธิบายว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่ช่วยให้มนุษย์เกิดความพึงพอใจในงาน ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ คือ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยกย่องชมเชย ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้า ได้รับการพัฒนา (Herzberg et al., 1959, pp. 45-49) แนวคิดการปฏิบัติงานของ Schermerhorn et al. (1991) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ทัศนคติ ความต้องการ บุคลิกภาพและการที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากองค์การในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ซึ่งในการศึกษานี้ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ หลักรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล การอบรมฟื้นฟูความรู้ ปัจจัยความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับงานที่ทำ และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนจากชุมชน มาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเกี่ยวกับงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงสนใจศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก เพื่อสะท้อนคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการทำงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลกให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานต่อไป

คำถามการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยดังนี้

1. ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก มีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก
2. ปัจจัยความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก
3. ปัจจัยทัศนคติการปฏิบัติงาน มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก
4. ปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ค่าตอบแทนขวัญและกำลังใจ มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก
5. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงาน นโยบายการทำงาน และการควบคุมดูแลของ CM มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตด้านประชากร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลกเท่านั้น ไม่สามารถนำผลสรุปการศึกษาไปใช้อ้างอิงในสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ มีนิยามศัพท์เฉพาะดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดพิษณุโลก ในระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะใช้อธิบายถึงผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมระยะยาวด้านสาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ
4. ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน หมายถึง ผลที่ได้จากการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีความรู้และความเข้าใจเป็นอย่างดีในงานที่ปฏิบัติอยู่ ก่อนที่จะได้ลงมือปฏิบัติจริง
5. ทักษะเกี่ยวกับงานที่ทำ หมายถึง ความรู้สึนึกคิดของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6. ปัจจัยจิตใจ หมายถึง สิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามบทบาทอย่างมีพลัง และมีคุณค่า ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความพอใจในค่าตอบแทน สัมพันธภาพในการทำงาน นโยบายการทำงาน เป็นต้น

7. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ การให้ข้อมูลในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน จากเจ้าหน้าที่ และจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

8. ผลปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านที่פקอาศัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ มีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับดังนี้

1. บริบทปัจจัยการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำมาซึ่งการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ
2. ผลการศึกษานำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสาร หนังสือ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. นโยบายและบทบาทภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
3. บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยการปฏิบัติงาน
7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
8. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. นิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ผู้สูงอายุหรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกว่ามีอายุมากแล้ว มักนับจากอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือคนทั่วไป เรียกว่า คนเฒ่า คนแก่ คนชราหรือผู้อาวุโส โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า ได้ให้ความหมายคำว่า ชรา ว่าแก่ด้วยอายุชำรุดทรุดโทรม ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) เรียกผู้สูงอายุว่า Older person or Elderly person แต่ในองค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ นิยมใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly person องค์การสหประชาชาติ ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่ใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติ ข้อมูลและตัวชี้วัด

ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด และในองค์การอนามัยโลกยังไม่มี การให้นิยามผู้สูงอายุ เนื่องจากการนิยามผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ ต่างกัน มีทั้งการเกิดตามสังคม (Social) การนิยามตามอายุ (Age) การนิยามตามวัฒนธรรม (Culture) และนิยามตามสภาพร่างกาย (Functional markers) ตัวอย่างเช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว นิยมนับที่อายุ 65 ปีขึ้นไป หรือในบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุ ตามการกำหนดอายุให้เกษียณงานในประเทศนั้นหรือนิยามตามสภาพของร่างกาย เช่นในผู้หญิงกำหนดอายุผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 45 - 55 ปี ส่วนผู้ชายกำหนดอายุผู้สูงอายุอยู่ในช่วง อยู่ในช่วง 55 - 75 ปี สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546)

องค์การสหประชาชาติได้แบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ทางฝั่งประเทศไทย รวมถึงประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้แบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) คือ สังคมที่มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 10 หรือมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ
2. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) คือ สังคมที่มีประชากรประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.0 หรือมีประชากรอายุ 65 ปี ร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งประเทศ
3. สังคมสูงอายุขั้นสุดยอด (Super-aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (United Nations, 2022)

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมิเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นสูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) ได้เสนอข้อคิดเห็นของ บาร์โรว์ และสมิธ (Barrow and Smith) ว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่า ผู้ใดชรภาพหรือสูงอายุแต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลง ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์การจำ การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด ในผู้ที่สูงอายุคือ ความจำเสื่อม ขาดแรงจูงใจ ซึ่งไม่ได้หมายความว่า บุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. มุมมองที่มีต่อตัวเอง (Self-concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุ มองตัวเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตัวเองแก่อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงหมายถึง บุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้เสนอผลการศึกษาค้นคว้าว่า การกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่า มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่น ๆ ประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพบางคนอายุประมาณ 50 - 55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมหงอก หลังโก่งก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่าเริ่มแก่และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจ

ลงกลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุแต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบ เช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางเสื่อมลงมีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

2. ลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ ก็นำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ดังนี้

1. ปัญหาด้านการได้ยิน ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ ส่วนมากเกิดจากความเสื่อม ของประสาทรับเสียง (age-related hearing loss หรือ presbycusis) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ของการสูญเสียการได้ยินที่เกิดกับผู้สูงอายุและอัตราการสูญเสียการได้ยินจะเพิ่มขึ้นตามวัย จากรายงานการสำรวจและตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ความพิการทางการได้ยิน ในผู้สูงอายุไทยมีเป็นจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากความพิการทางการเคลื่อนไหว ของร่างกาย (สำนักงานส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2557) อเมริกาพบการ เสื่อมของการได้ยิน ร้อยละ 11 ในช่วงอายุ 45 - 54 ปี ร้อยละ 25 ในช่วงอายุ 55 - 64 ปี และร้อยละ 43 ในช่วงอายุ 65 - 84 ปี ประชากรที่เสื่อมตามอายุมีลักษณะการได้ยินลดลงที่ค่อยเป็นค่อยไปและเท่า ๆ กันของหูทั้งสองข้าง (ไชยพร โอภาสวัฒนา, 2561)

2. ปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาการมองเห็นเป็นปัญหาเรื้อรังของสุขภาพอย่างหนึ่งที่มี อัตราที่สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Heyl, Wahl, & Mollenkopf, 2007) ในประเทศไทยพบข้อมูล จากรายงานการสำรวจและตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ปัญหาการมองเห็นในผู้สูงอายุ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้มีปัญหาการมองเห็นมากที่สุด ร้อยละ 31.9 ภาคกลาง ร้อยละ 25.6 ส่วนผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 9.4 โรคตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหินจอประสาทตาเสื่อม และเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (พิทยา ภมรเวชวรรณ, 2547) ปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุส่งผล ต่อด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น เกิดความเครียดได้ (Baltes, & Carstensen, 1996)

3. ปัญหาด้านโรคประจำตัว ปัญหาโรคประจำตัวมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มประชากร ผู้สูงอายุโดยเกิดจากสาเหตุสำคัญได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภค วิธีการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจ

ของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นโรคประจำตัวนั้นยังเป็นสาเหตุสำคัญของการพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อัตราการตายด้วยโรคประจำตัวของประชากรที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 58.6 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 18.0 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 25.1 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.1 และโรคเบาหวานร้อยละ 11.3 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558)

4. ปัญหาด้านยาที่รับประทานต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มากกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น เนื่องจากมีความไวต่อการออกฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้น แต่มีกระบวนการเผาผลาญยาและการขับยาออกจากร่างกายช้าลง รวมถึงความเสี่ยงของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่าย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยหลายอย่างในเวลาเดียวกัน จึงมีการใช้ยาหลายชนิดทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาได้มาก (Chan, Nicklason, & Vial, 2001) แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอิสรภาพในการใช้ยาด้วยตนเอง แต่บางครั้งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ เช่น การใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาที่แพทย์สั่งอาจเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาเกิดขึ้นได้ และการซื้อยาใช้เองอาจทำให้เกิดการใช้ยาซ้ำซ้อนกับที่แพทย์สั่งใช้ยาซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ ได้เช่นกัน

5. ปัญหาด้านการทากิจวัตรประจำวัน (อลงกรณ์ เปกาณี, 2560) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้เอง โดยไม่ต้องการอุปกรณ์ หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งมีความสำคัญต่อการระบุนความต้องการความช่วยเหลือ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 8 ประกอบด้วย 10 กิจกรรมพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนที่ และการกลืน ปัสสาวะและอุจจาระ เป็นต้น

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ใช้การประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) 10 ด้าน คือ

1. Feeding: การรับประทานอาหาร แบ่งการประเมินออกเป็น

- 0 คะแนน: ไม่สามารถดื่กอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 คะแนน: ดื่กอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย
- 2 คะแนน: ดื่กอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ

2. Grooming: การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โทนหนวด ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งการประเมินออกเป็น

- 0 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 คะแนน: ทำได้เอง

3. Transfer: การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ แบ่งการประเมินออกเป็น
- 0 คะแนน: ไม่สามารถนั่งได้ หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้
 - 2 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
 - 3 คะแนน: ทำได้เอง
4. Toilet use: การใช้ห้องน้ำ แบ่งการประเมินออกเป็น
- 0 คะแนน: ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 คะแนน: ทำเองได้บ้าง
 - 2 คะแนน: ช่วยตัวเองได้ดี
5. Mobility: การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน แบ่งการประเมินออกเป็น
- 0 คะแนน: เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 คะแนน: ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง
 - 2 คะแนน: เดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย
 - 3 คะแนน: เดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing: การสวมใส่เสื้อผ้า แบ่งการประเมินออกเป็น
- 0 คะแนน: ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองได้น้อย หรือแทบไม่ได้เลย
 - 1 คะแนน: ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - 2 คะแนน: ช่วยตัวเองได้ดี
7. Stairs: การขึ้นลงบันได 1 ชั้น แบ่งการประเมินออกเป็น
- 0 คะแนน: ไม่สามารถทำได้
 - 1 คะแนน: ต้องการคนช่วย
 - 2 คะแนน: ขึ้นลงได้เอง
8. Bathing: การอาบน้ำ แบ่งการประเมินออกเป็น
- 0 คะแนน: ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
 - 1 คะแนน: อาบน้ำเองได้
9. Bowels: การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งการประเมิน
- ออกเป็น
- 0 คะแนน: กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 - 1 คะแนน: กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - 2 คะแนน: กลั่นได้ตามปกติ

10. Bladder: การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งการประเมินออกเป็น

- 0 คะแนน: กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนปัสสาวะอยู่เสมอ
- 1 คะแนน: กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน: กลั้นได้ตามปกติ

การแปลผล Barthel Activities of Daily Living (ADL) สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น

3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well elder) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 12 คะแนนขึ้นไป

ในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living: IADL) ได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรคแต่ควบคุมได้

ในด้านสังคม กลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว ผู้อื่น สังคมได้ อาจมีปัญหา/ทุกข์ยาก/เดือดร้อนด้วยหรือไม่ก็ได้

ความต้องการการดูแล คือ การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด

2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนมีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระในด้านสุขภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร หรือกลุ่มที่แม้จะรับประทานอาหารได้เองแต่อาจทำหกละ/โตะเปื้อนได้ การขับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องสุขาช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มีโรคประจำตัวหลายโรค (Comorbidity/ Multimorbidity) โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ (instability & impair mobility) ทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา - การคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบบอกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้เนื่องจากติดภาวะทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลานผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะช่วยเสริมสุขภาวะและเสริมศักยภาพชุมชนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยากเดือดร้อน การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสังคมด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในด้านนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงนี้ ข้อมูลจากพื้นที่ศึกษา ยังมีกลุ่มย่อยเป็นกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) และกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder - end of life) มีผลรวมคะแนน ADLอยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อนภาวะห่อหุ้ม/เปราะบาง ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายและ/หรือในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งได้ หรือแม้แต่ขยับตัวไม่ได้ในท่านอน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายหรือพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีภาวะกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้และผู้สูงอายุอาจได้รับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (จุก กระเพาะอาหาร หรือลำไส้) การขับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียงสวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาหรือต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมด้วยตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัว - ผู้อื่น - สังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้ดูแล จะช่วยเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสริมศักยภาพของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยากเดือดร้อนด้วย ที่อาจมีผลต่อความต้องการการดูแลช่วยเหลือและปัญหาทางจิตใจ ซึ่งมักจะเป็นปัญหาด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน เช่น การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ถูกทอดทิ้งอยู่ลำพังหรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม การเข้าไม่ถึงสิทธิหรือบริการที่พึงได้รับปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ เป็นต้น

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องการการดูแลและพึ่งพาผู้ดูแลมากกว่าผู้ที่อ่อนวัยกว่าและมีความต้องการการดูแลที่รวมทุกอย่างไว้ด้วยกัน (Complex care) (Coccia, & Cameron, 1999) โดยเบื้องต้นการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องสามารถดูแลให้ได้ตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ โดยงานวิจัยนี้นำเสนอการดูแลผู้สูงอายุตามลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนอง จึงเกิดความต้องการในระดับสูงขึ้นไป ซึ่งความต้องการนี้มี 5 ลำดับ คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) คือ ความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดที่พึงได้รับ หรือเรียกอีกอย่างว่า “ความต้องการเพื่อการมีชีวิต” (Survival needs) ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน การขับถ่าย และความต้องการทางเพศ

2. ความต้องการด้านความมั่นคงและปลอดภัย (Security and safety needs) โดยผู้สูงอายุควรได้รับความรู้สึกปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะฉะนั้นผู้ดูแลจึงต้องให้มอบทั้งที่อยู่อาศัยที่ดีและความรัก ความเชื่อใจ จนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงและสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ

3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) ผู้สูงอายุก็มีความต้องการความรัก การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ตนอาศัยอยู่ สามารถเพิ่มได้ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเลี้ยงสัตว์ การทำงานในโครงการพิเศษหรือในองค์กรการกุศล เป็นต้น

4. การเห็นคุณค่าในตนเองและการได้รับการยกย่อง (Self-esteem needs) ผู้สูงอายุควรได้รับการยอมรับนับถือ โดยสามารถรู้สึกภาคภูมิใจจากการแสดงความพอใจ ความรัก ความเชื่อใจ พึงอย่างสนใจว่าผู้สูงอายุพูดอะไร และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพูดถึงอดีตที่ภาคภูมิใจ เป็นต้น

5. ความต้องการที่จะสมหวังในชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดที่ต้องใช้ความพยายาม ในวัยสูงอายุอาจหมายถึงการมีชีวิตเพื่อไปสู่ความรู้สึกที่ตนที่มีคุณค่าสามารถถ่ายทอด ความเชื่อหรือปรัชญาที่ตนได้ใช้ชีวิตให้กับลูกหลานหรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่า เป็นต้น

เมื่อพิจารณาลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) สามารถสรุปได้ว่าความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ คือ ต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสถานที่พักอาศัย เพื่อให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุขตามวัย

1. ด้านร่างกาย ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีสำคัญที่สุดด้านหนึ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีชีวิต Philips, Morrison, & Chae (1990) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุโดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่รอด เพื่อรักษาคุณภาพของสรีรวิทยา และเพื่อความสบาย ประกอบด้วย การดูแลปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้ 1) สุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน ผอม 2) การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวที่ถูกหลักการ 3) เสื้อผ้า รองเท้า สวมใส่สบาย สวมใส่ได้สะดวก 4) อาหารและน้ำที่มีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับวัยสูงอายุ 5) การดูแลผิวหนังไม่ให้皴แห้งหรือแตกแห้ง รวมถึงการการดูแลเล็บมือเล็บเท้า 6) การขับถ่ายที่ปกติ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ การดูแลด้านจิตใจมีความสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกาย อยู่แล้วไม่มากนักน้อย เมื่อปัญหาทางกายก็ย่อมกระทบกับสุขภาพจิต ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลทางด้านจิตใจมากกว่าวัยอื่น ๆ เช่น การอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุและช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคนอยู่ข้าง ๆ รวมถึงการพูดคุยด้วยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ การมีอารมณ์ขันขณะดูแลผู้สูงอายุก็สามารถลดความเครียด และลดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุลงได้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2543)

3. ด้านสังคม ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการที่จะได้มีการติดต่อสื่อสารการได้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม การเป็นที่ยอมรับเป็นที่เคารพนับถือการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวหรือสังคมที่ตนอยู่ (Philips, Morrison, & Chae, 1990) สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4. ด้านสถานที่พักอาศัย ที่อยู่อาศัย (Residential) ควรออกแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกและปลอดภัยเพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น โดยผลสำรวจของ สำนักโรคไม่ติดต่อ (2558) พบว่า การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย เพศหญิงเกิดอุบัติเหตุมากกว่าเพศชาย มักเกิดในบ้านและบริเวณบ้าน ขณะที่พื้นที่ในบ้านที่ผู้สูงวัยประสบอุบัติเหตุสูงสุดคือ ห้องน้ำ เนื่องจากพื้นลื่น ขณะที่วัยอื่น ๆ พื้นที่ในบ้านที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยสุดจะอยู่ในห้องครัวหรือบันได จากข้อมูลเหล่านี้สถานดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะต้องออกแบบสถานที่ให้มีความสะดวกสบายพร้อมกับคำนึงถึงการลดความเสี่ยงจากอันตรายที่เกิดจะเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสังคมและด้านที่พักอาศัย

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, 2546) เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน และการเปลี่ยนแปลงก็นำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาด้านการทากิจวัตรประจำวัน (อลงกรณ์ เปกาสิ, 2560) จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ใช้การประเมิน ADL 10 ด้าน สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงคือ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 11 คะแนน

นโยบายและบทบาทภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

นโยบายของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีเนื้อหาสำคัญ 2 ส่วนด้วยกัน ได้แก่ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งจะรวบรวมพระราชบัญญัติระเบียบ และข้อบังคับต่าง ๆ ที่ใช้เป็นกรอบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยและบทบาทของหน่วยงานภาครัฐที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารและรายงานที่ผ่านมา พบว่า รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยได้ตรากฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ พร้อมทั้งกำหนดกลไกและหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อใช้ในการขับเคลื่อน การดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สำหรับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว มีรายละเอียดสามารถสรุปได้ดังนี้

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นกฎหมายสูงสุดที่ใช้เป็นแนวทางปกครองประเทศ ซึ่งมีมาตรการสำคัญที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมภารกิจที่จะต้องดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

(1) แผนนโยบายพื้นฐานของรัฐ ให้รัฐดำเนินการตามแผนนโยบายด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ คือ มาตรา 80 (1) รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ และมาตรา 84 (4) รัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราภาพแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง

(2) สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ

(3) สิทธิในกระบวนการยุติธรรม ในมาตรา 40 (6)

(4) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ มีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะ

2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุฉบับแรกเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2546 ตรขึ้นตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ประสงค์จะให้บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้รับสวัสดิการอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค เป็นหลักประกันด้านสิทธิเสรีภาพ โดยมาตรา 11 ได้กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับในด้านต่าง ๆ รวม 12 เรื่อง และมาตรา 16 ได้ให้สิทธิในการลดหย่อนภาษีแก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ภายใต้กฎหมายฉบับนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 13 เรื่องครอบคลุมแนวทางการดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุ 3 ด้าน ดังนี้

1. สิทธิการได้รับบริการ การคุ้มครอง การส่งเสริม และการพัฒนาด้านสังคม

2. สิทธิการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ

3. สิทธิการได้รับบริการด้านโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะ

3. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปี ซึ่งจัดทำมาแล้ว 3 ฉบับ คือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) โดยในแผนฉบับที่ 1 จะเน้นการกำหนดนโยบายและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงของรายได้ การทำงาน สังคม วัฒนธรรม สวัสดิการสังคม โดยมีการกำหนดตัวบ่งชี้เบื้องต้นไว้อย่างกว้างๆ โดยไม่มีการกำหนดเป้าหมายของตัวบ่งชี้และไม่มีการติดตามประเมินผล (พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2556) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) เป็นแผนระดับชาติที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมาย และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจน ปัจจุบันแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้รับการปรับปรุงและยกร่างเป็นแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) ได้กำหนดแผนปฏิบัติ

การเชื่อมโยงระหว่างแผนปฏิบัติการย่อยกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท และผลลัพธ์/ผลกระทบ ที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติหรือแผนแม่บท (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2566)

4. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากสถานการณ์การพัฒนาที่ผ่านมาความยากจนข้ามรุ่นเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่เรื้อรังมาตั้งแต่อดีต สืบเนื่องถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคต แม้ว่าสัดส่วนคนจนของไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีคนจนจำนวนหนึ่งที่ติดอยู่ในกับดักความยากจนมาเป็นเวลานาน โดยขาดโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์จากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และต้องส่งต่อความยากจนไปสู่ลูกหลาน โดยข้อมูลจากระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า ปี 2565 พบว่า ครั้วเรือนที่มีแนวโน้มจะตกอยู่ในความยากจนข้ามรุ่น หรือเรียกโดยย่อว่า ครั้วเรือนยากจนข้ามรุ่น 2 มีจำนวนถึงประมาณ 597,248 ครั้วเรือน หรือประมาณร้อยละ 15 ของครั้วเรือนที่มีเด็กและเยาวชนเป็นสมาชิก นอกจากนี้ จำนวนของครั้วเรือนยากจนข้ามรุ่นยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากผลของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่คาดว่าจะนำไปสู่การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำต่อเนื่องยาวนาน อันจะส่งผลให้โอกาสในการหลุดพ้นจากกับดักความยากจนยากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ลักษณะของครั้วเรือนยากจนข้ามรุ่น พบว่า ครั้วเรือนยากจนข้ามรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีเงินออม การศึกษาต่ำ และอัตราการพึ่งพิงสูง โดยปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ครั้วเรือนเข้าข่ายเป็นครั้วเรือนยากจนข้ามรุ่น คือ การขาดความมั่นคงทางการเงินเนื่องจากไม่มีเงินออม (ร้อยละ 73.4) รองลงมาคือ ความขัดสนทางการศึกษา

ในวัยสูงอายุ แต่ยังคงมีจำนวนผู้เข้าร่วมเพียงประมาณร้อยละ 35 ของแรงงานนอก ระบบทั้งหมด ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงานที่นำไปสู่การเติบโตอย่างรวดเร็วของแรงงานชั่วคราว โดยเฉพาะแรงงานในระบบเศรษฐกิจแพลตฟอร์ม ซึ่งเป็นการจ้างงานรูปแบบใหม่ที่ยังไม่ได้ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน ทำให้แรงงานกลุ่มนี้ขาดสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับและมีความเสี่ยงที่จะได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุยังขาดสวัสดิการทางสังคมที่จำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยในปี 2563 มีผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในความยากจนเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.30 ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้หรือหลักประกันในรูปแบบอื่นรองรับ จะมีเพียงเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 600 - 1,000 บาท เพื่อใช้สำหรับการดำรงชีพ นอกจากนี้ ยังมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดย ณ เดือนมกราคม 2565 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงร้อยละ 54.20 ขณะที่สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากความไม่ปลอดภัยของสถานที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายจนนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงได้

การพัฒนากำลังคนของไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นสังคมสูงวัยส่งผลให้ประเทศจะขาดกำลังคนในเชิงปริมาณ ประกอบกับผลิตภาพแรงงานที่ลดลงในช่วงโควิด-19 เพิ่มปัญหาด้านกำลังคนเชิงคุณภาพ จนอาจเป็นข้อจำกัดในการขยายตัวทางเศรษฐกิจ การเติบโตของนวัตกรรมแหล่งความรู้ระดับโลกออนไลน์ที่มีต้นทุนและราคาต่ำ วงจรชีวิตของความรู้สั้นลงโดยเฉพาะด้านดิจิทัลและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงเร็ว และแนวโน้มความต้องการเรียนรู้ตามความสนใจรายบุคคล รวมถึงภาคเอกชนที่เริ่มให้ความสำคัญกับการสรรหาและการจ้างงานตามสมรรถนะในการทำงานมากกว่าคุณวุฒิทางการศึกษา อีกทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตและพฤติกรรมของคน และสะท้อนถึงบทบาทของเครือข่ายภาคประชาสังคมที่มีความเข้มแข็งในการร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่ยังคงขาดการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากภาครัฐ จึงต้องเร่งขยายผลและต่อยอดประเด็นการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การพลิกโฉมกำลังคนสมรรถนะสูงที่มีภาวะผู้นำสูง สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มขีดความสามารถของประเทศได้

5. แผนประชากร

ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายประชากรอย่างเป็นทางการ และบรรจุแผนพัฒนาประชากรเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2515 - 2519) โดยเน้นการลดอัตราการเพิ่มของจำนวนประชากร สำหรับแผนประชากรในปัจจุบันเป็นแผนในช่วงแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว ปี 2565 - 2580 ซึ่งเป็นแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศ และเตรียมรับมือสังคมสูงวัยที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การเกิดอย่างมีคุณภาพ การอยู่อย่างมีคุณภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการแก่และตายอย่างมีคุณภาพ ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไว้ใน 2 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 และยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร และมีระบบดูแลระยะยาวและช่วงท้ายของชีวิต โดยมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพของประชากรวัยสูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย

นอกจากนี้แผนการพัฒนาประชากรยังรวมไปถึงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) รองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกทุกมิติ ดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม”

1. เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ

4. เพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 25 - 59 ปี ในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุในอีก 1 - 35 ปีข้างหน้า ให้ได้ตระหนักและเตรียมพร้อมการใช้ชีวิตที่ดี ในยามสูงอายุ

6. พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่คุ้มครองด้านสุขลักษณะ และการอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมทั้งกิจกรรม การกระทำ และกิจการที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอนามัยของประชาชนตั้งแต่ระดับบุคคล ครัวเรือน จนถึง ชุมชน ตลอดจนกิจการทุกขนาด ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภทต่าง ๆ โดยให้อำนาจแก่ราชการส่วนท้องถิ่น ในการออกข้อกำหนดท้องถิ่น พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีบทบัญญัติ หรือข้อกำหนดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว คือ หมวด 7 มาตรา 31-33 ที่ว่า ด้วยกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สำคัญสำคัญของมาตรา 31-33 คือ กำหนดให้ผู้ดำเนินการ ที่ราชการส่วนท้องถิ่นกำหนดให้เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ต้องได้รับใบอนุญาตจาก เจ้าพนักงานท้องถิ่นโดยเจ้าพนักงานท้องถิ่นอาจกำหนดเงื่อนไขโดยเฉพาะเพิ่มเติม ให้ผู้ดำเนินการ ดังกล่าวปฏิบัติ เพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของสาธารณสุขได้

7. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2553 และแนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปี พ.ศ.2553 แต่เดิมเมื่อพระราชบัญญัติการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2535 นั้น กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพยังมิได้ รวมถึงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2553 ได้มีการเพิ่มเติมประเภทกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยได้เพิ่มบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในรายชื่อ กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2553 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับดังกล่าว การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง การประกอบกิจการที่ให้บริการ ส่งพนักงานไปดูแลผู้สูงอายุ (ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) ที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ไม่ว่าการ ประกอบกิจการนั้นจะมีสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุหรือสถานที่ฝึกอบรมพนักงานอยู่ด้วยหรือไม่ก็ตาม ต่อมาคณะกรรมการสาธารณสุขได้มีมติให้ออกคำแนะนำเรื่องแนวทางการควบคุมการประกอบกิจการ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปี พ.ศ. 2553 เพื่อเป็นแนวทางแก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการ ออกข้อกำหนดของท้องถิ่นต่อไป โดยคำแนะนำมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1. มีการกำหนดเจ้าของกิจการหรือผู้ดำเนินการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ต้องขอ ใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นก่อนประกอบกิจการ

2. มีการกำหนดค่านายมที่เกี่ยวกับการให้บริการ

3. มีการกำหนดคุณสมบัติและหลักเกณฑ์การปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบกิจการ
4. ควบคุมกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้
5. จัดให้มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินกิจการและการติดต่อของผู้รับบริการ
6. การจ้างงานต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน
7. จัดให้มีระบบการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติและการปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการ และพนักงาน
8. จัดให้มีระบบส่งต่อและวิธีการให้คำปรึกษาแนะนำในกรณีฉุกเฉินแก่ผู้ดำเนินการหรือพนักงานได้ตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ

ในข้อสุดท้ายของคำแนะนำ (ข้อ 5) ได้กำหนดไว้ว่า “ในกรณีที่ราชการส่วนท้องถิ่นได้ออกข้อกำหนดของท้องถิ่นว่าด้วยการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแล้ว ให้ประชาสัมพันธ์และชี้แจงข้อกำหนดของท้องถิ่นดังกล่าวให้ผู้ประกอบกิจการและประชาชนทราบโดยทั่วกันเพื่อประโยชน์ในการบังคับใช้ต่อไป”

แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดมาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุ แต่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” นี้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยในการกำกับมาตรฐานและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่า มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงส่วนน้อยที่ได้นำประกาศนี้ไปบังคับใช้ภายใต้ข้อบัญญัติท้องถิ่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลระยะยาวในประเทศไทยโดยเฉพาะในชนบทส่วนใหญ่ยังดูแลหลักโดยคนในครอบครัว และสนับสนุนแบ่งเบาภาระโดยอาสาสมัคร ไม่ใช่ผู้ดูแลที่รับค่าจ้าง ท้องถิ่นส่วนใหญ่จึงยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องนำประกาศนี้ไปใช้ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม นโยบาย บทบาทภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จะเห็นว่าภาครัฐมีการปรับปรุงระเบียบ กฎหมาย นโยบาย สิทธิและสวัสดิการสังคม ให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงประชากร

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

1. ความหมายการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นบริการที่หลากหลายเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการทั้งด้านการแพทย์และไม่ใช้การแพทย์ในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพไม่สามารถดูแลตนเองเป็นระยะเวลานาน

ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยได้กล่าวถึงกลวิธีในการบริการสุขภาพและสังคม ประกอบด้วย

1. ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการชี้แนะทางนโยบายและทรัพยากร
2. มุ่งเน้นการบริหารจัดการในท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ
3. ไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติม แต่ให้การสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้น โดยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการดูแลภายในครอบครัว
4. มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม
5. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจายบริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ได้เสนอรูปแบบหรือเทคนิคบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว 7 ข้อ ได้แก่
 - 5.1 ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการชี้แนะทางนโยบายและทรัพยากร
 - 5.2 มุ่งเน้นการบริหารจัดการในท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ
 - 5.3 ไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติม แต่ให้การสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้น โดยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการดูแลภายในครอบครัว
 - 5.4 มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม
 - 5.5 ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจายบริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ได้เสนอรูปแบบหรือเทคนิคบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว 7 ข้อ ได้แก่

1. การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ
2. มีบริการการดูแลระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน
4. การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย
5. รูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่าย
6. การปรับปรุงสภาวะแวดล้อมในชุมชน
7. การจัดบริการหน่วยบำบัด พันฟูที่บ้าน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ปรากฏอื่น ๆ ที่เน้นการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

1. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยตนเอง ด้วยการให้ความร่วมมือกับแพทย์ บุตรหลาน หรือญาติพี่น้องในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการทำกายภาพบำบัด นวดคลายกล้ามเนื้อ รับประทานอาหาร และรับประทานยา เป็นต้น
2. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว/ผู้ดูแล ครอบครัวกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ อาทิ ปั่นจักรยาน พาไปรักษาพยาบาลแหล่งต่าง ๆ พั่นพัสสุขภาพ ทำกายภาพบำบัด จัดสถานที่และจัดหาเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น อาทิ รถเข็น เตียงคนไข้ ที่นอนลม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รวมทั้ง พุดคุยและให้กำลังใจ
3. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการ เยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุขดิบ ซื่อข้าวของ ให้เงินช่วยเหลือ หรือบางรายก็จะให้ความช่วยเหลือ ผู้พิการด้วยการจับนึ่งยong จับพลิกซ้ายขวา เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ
4. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้นำชุมชน ซึ่งจะมาเยี่ยมเยียน ถามสารทุกข์สุขดิบ และติดต่อประสานงาน ให้ข้อมูล และขอการสนับสนุนดูแลหรือช่วยเหลือจากองค์กรในพื้นที่ต่อไป
5. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยชมรมผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย และสงเคราะห์เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อาทิ รถเข็น ไม่เท้า และเตียงคนไข้
6. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อสม. แบ่งออกเป็น 3 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 ไม่มีผู้ดูแล อสม. จะดูแลหรือช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนแจ้งไปยัง อบท. หรือ รพ.สต. เพื่อประสานการส่งต่อไปยังสถานสงเคราะห์ต่อไป กรณีที่ 2 มีผู้ดูแล อสม. จะเยี่ยมบ้าน พุดคุยถามสารทุกข์สุขดิบ ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งการตรวจสุขภาพ วัดความดัน คัดกรองเบาหวาน และประสานการดูแล กับ อบท. รพ.สต. และหน่วยงานอื่น ๆ กรณีที่ 3 มีผู้ดูแล แต่ปล่อยปละละเลยและไม่ยอมดูแล กรณีนี้ทาง อสม. จะเข้าไปดูแลแทน

7. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อปท. แบ่งเป็น 2 บทบาท ได้แก่ บทบาทหลัก คือ มอบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ จัดสวัสดิการสงเคราะห์และมอบสิ่งของต่าง ๆ จัดสรรงบประมาณจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุกดิบ พร้อมให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ บริการรถรับส่งไปโรงพยาบาล ตลอดจนประสานการช่วยเหลือ แก่หน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น ส่วนบทบาทสนับสนุน คือ ให้การสนับสนุนงบประมาณหรือเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

8. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยสถานบริการสุขภาพ คือ จะมาพบแพทย์ตามนัด ที่โรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน เพื่อรับยาบำรุง ยาละลายไขมัน และยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งฟื้นฟู สุขภาพ และทำกายภาพบำบัด ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เยี่ยม บ้านเดือนละครั้ง ร่วมกับตรวจสุขภาพ วัดความดัน และให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้ง มอบสิ่งของ กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รวมไปถึงการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย (แผนโบราณ)

2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวถูกวางตำแหน่งให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบโครงข่ายคุ้มครองทางสังคม (Social protection system) อย่างไรก็ตาม ดังที่จะได้นำเสนอในลำดับต่อไป จะพบว่า แนวคิดพื้นฐานในการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ มีความแตกต่างกัน บางประเทศนำแนวคิดการประกันทางสังคม (Social insurance) มาใช้ในรูปแบบของการประกันการดูแลระยะยาวหรือ (Long-term care insurance) บางประเทศนำแนวคิดเรื่องการบังคับออมมาใช้ บางประเทศใช้หลักคิดของการจัดบริการสังคม (Social services) บางประเทศใช้แนวคิดความรับผิดชอบส่วนบุคคลเป็นหลัก หรือบางประเทศมีการผสมผสานหลักการต่าง ๆ ดังกล่าวเข้าด้วยกัน ผลจากความแตกต่างของแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวส่งผลให้วิธีการจัดหาเงิน งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน บางประเทศผู้สูงอายุต้องใช้จ่ายรายได้และ/หรือเงินออมของตนเองเพื่อรับบริการดูแล บางประเทศผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายทั้งในส่วนของ เบี้ยประกันและการจ่ายเงินบางส่วน ณ จุดรับบริการ หรือบางประเทศหากเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการ ประเมินว่ามีภาวะพึ่งพาสูง รัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายค่าดูแล (วีราภรณ์ โพธิ์ศิริ และคณะ, 2559)

3. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยในปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2555) ได้จำแนกออกเป็นระบบการดูแลในสถาบัน (Institutional Long Term Care) กับระบบการดูแลนอกสถาบัน (Non-institutional Long Term Care) ซึ่งอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน และอาจจำแนกการดูแลระยะยาวตามทักษะหรือความเป็นวิชาชีพของการดูแลได้เป็น 3 ระดับ

คือ การดูแลทางสังคม (Social care) การดูแลทางการแพทย์ (Nursing care) และการดูแลที่ซับซ้อน (Complex care)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาล และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

1. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่า ครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแล โดยเมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ ร้อยละ 90.5 เป็นผู้ดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูงร้อยละ 4.8 จะได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันจากผู้ที่ได้รับจ้างดูแล (รวมพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ลูกจ้าง) แต่ยังพบว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.6 และร้อยละ 1.0 ที่ต้องการการดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแล (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2550) ซึ่งพบว่า คราวเรือนที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงอันเป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง และการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกร้านของสตรีทำให้บทบาทการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของประชากรก็มีแนวโน้มลดลงด้วย กล่าวคือ ประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี มีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 4 คน แต่ประชากรกลุ่มที่กำลังจะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต คือ กลุ่มประชากรอายุ 50 - 59 ปี มีบุตรเฉลี่ยประมาณ 2 คน และยิ่งไปกว่านั้น คือ ประชากรกลุ่มอายุนี้มีถึงร้อยละ 10 ที่ไม่มีบุตร (Knodel et al., 2015) ซึ่งประชากรกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงในประเด็นเรื่องการเตรียมความพร้อมด้านการอยู่อาศัยในอนาคต ซึ่งเป็นภาวะความเสี่ยงต่อการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อจำเป็น

2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพิงในระดับที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้จำเป็นต้องไปพึ่งพาสถานบริบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรับบริการดูแลในสถานบริบาลโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูงประมาณ 15,000 - 52,500 บาทต่อเดือน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) แต่ก็มีสถานบริบาลระยะยาวที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการ เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแลและเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในสถานบริบาลไประยะหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมาซึ่งต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ (2552) พบว่า ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นปานกลางถึงพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดพบว่า มีถึงร้อยละ 52.3 โดยเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ 15.9 ซึ่งผู้สูงอายุต้องการได้รับความช่วยเหลือดูแลถึง 20-27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถานบริบาลยังมีโรคประจำตัว

และภาวะพึ่งพิงจากการถดถอยของสมรรถภาพตามวัย ดังนั้น แนวโน้มของภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มมากขึ้นตามแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและโรคเรื้อรัง

2.1 การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน

ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้น ภาคเอกชนได้เข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมในการจัดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม โดยการให้บริการการดูแลระยะยาวโดยเอกชน มีความจำเป็นที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเข้ารับบริการ สามารถจำแนกรูปแบบการให้บริการได้ดังนี้ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553, น. 121-122)

1. โรงพยาบาลผู้สูงอายุให้บริการแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) หรือไปอยู่ประจำที่โรงพยาบาล (Long stay) หรือมีการจัดส่งผู้ดูแลไปยังบ้านของผู้สูงอายุ (ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะต้องเคยเป็นคนไข้ที่รับบริการของโรงพยาบาลนั้น ๆ มาก่อน)

2.1 โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Profit enterprise) โรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่ดำเนินกิจการรับดูแลผู้สูงอายุ โดยคิดอัตราค่าบริการในราคาที่มีผลกำไร มีการให้บริการที่พัก อาหาร เสื้อผ้า และบุคลากรดูแล ซึ่งมีทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากเจ็บป่วยจะส่งไปรักษาแผนกอื่นและรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป

2.2 โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Non-profit enterprise) เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินงานอยู่ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของมูลนิธิต่าง ๆ ซึ่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในลักษณะการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และคิดค่าบริการรับดูแลในราคาต่ำแก่ผู้สูงอายุทั่วไป เป็นการให้บริการที่พัก อาหาร เสื้อผ้า และบุคลากรดูแล ซึ่งมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ดูแล แต่ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยมากจะต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่มีเครื่องมือและการบริการครบทุกด้าน

2. สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ/มูลนิธิ ให้การสงเคราะห์ฟรีในด้านที่พักอาศัย อาหารแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีญาติดูแล รับเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเองในเรื่องเสื้อผ้า ความสะอาดของที่พัก ล้างถ้วยล้างจานเอง หากเจ็บป่วยจะติดต่อญาติหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เป็นของรัฐหรือเอกชนที่เป็นเครือข่ายกัน ดำเนินงานโดยมูลนิธิหรือสมาคมจีนต่าง ๆ มูลนิธิหรือสมาคมคาทอลิก

3. ศูนย์/สถานบริบาลสุขภาพ เป็นศูนย์ให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ การรักษาพยาบาลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ โดยจัดสถานที่พัก ที่ออกกำลังกายพร้อมอุปกรณ์ สระว่ายน้ำ ห้องอบไอน้ำ ฯลฯ แต่ผู้สูงอายุเป็นเพียงกลุ่มเป้าหมายหนึ่งเท่านั้น โดยคิดค่าบริการในหลายรูปแบบทั้งที่เป็นรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน หรือเป็นหลักสูตร

4. ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Housing) เป็นรูปแบบบ้านพักอาศัยที่จัดเป็นชุมชนให้ผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เข้าซื้อสิทธิ์ในการพักอาศัยระยะเวลา 30 ปี หรืออยู่จนกว่าจะเสียชีวิต โดยมีสาธารณูปโภคและลักษณะบ้านที่เหมาะสมแก่สขลักษณะของผู้สูงอายุ

5. สถานบริการผู้สูงอายุ (Nursing home) เป็นสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ มีทั้งแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) และอยู่ไปจนกว่าเสียชีวิต (Long stay)

6. ศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริการจัดส่งผู้ดูแลไปยังบ้านของผู้สูงอายุ หรือสถานที่ที่ผู้ว่าจ้างกำหนดเพื่อทำหน้าที่ในการดูแล โดยมีการให้บริการ 2 แบบ คือ ผู้ดูแลให้บริการแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) และผู้ดูแลอยู่ประจำที่บ้านของผู้สูงอายุเป็นรายเดือน

2.2 การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลรัฐ

ในการบริการในสถานบริบาลของรัฐนั้น ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการที่ค่อนข้างเข้าถึงคนมีฐานะต่ำถึงปานกลาง โดยสามารถแบ่งรูปแบบการให้บริการได้ดังนี้ (วรเวชมสุวรรณระดา และคณะ, 2553)

1. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Multi-purpose senior citizen Center) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นสถานที่หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุกับบุคคลทุกวัยภายในชุมชน โดยกิจกรรมภายในศูนย์จะมุ่งเน้นการเสริมสร้างและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้และทักษะในการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา

2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านการจัดสวัสดิการสังคม ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นศูนย์ประสานเครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุ และเป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน

3. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) เป็นสถานที่สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดอาการเจ็บป่วย เปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ ให้มากที่สุด

4. โรงพยาบาลรัฐ เป็นสถานที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ อาจมีทั้งคลินิกผู้สูงอายุ และหอผู้ป่วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

5. สถานสงเคราะห์คนชรา เป็นสถานที่ที่ให้การอุปการะผู้สูงอายุชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีประสบปัญหาความเดือดร้อน ไม่มีที่พักอาศัย

6. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care for the elderly) โดยเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึง

บริการของรัฐ และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

7. สถาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุน พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม และเพื่อสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ

8. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home health care) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อบูรณาการและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

9. วัดส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion temple) เพื่อให้วัดเป็นสถานที่สำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนควบคู่ไปกับการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมกับศิลปวัฒนธรรม

10. ชมรมผู้สูงอายุ (The elderly club) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสถานที่ในการพบปะสังสรรค์ ทำกิจกรรมร่วมกัน

2.3 การดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน

การใช้ชุมชนเป็นฐานการให้บริการ มุ่งใช้ศักยภาพของชุมชนและทรัพยากรในชุมชนเป็นกลไก ดำเนินงานเพื่อชุมชนโดยชุมชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนสำหรับการให้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในระดับครอบครัวหรือชุมชนเป็นการดำเนินการโดยให้คนในชุมชนเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชน วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ปัญหาของชุมชนรวมทั้งประเมินผลการแก้ปัญหานั้น ๆ เนื่องจากชุมชนจะเป็นผู้รู้และตระหนักถึงปัญหาของชุมชนดีที่สุดซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่วนระบบบริการของรัฐจะเน้นการบริการสุขภาพที่นอกเหนือจากความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการดำเนินการจะต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชน (Context of community) วัฒนธรรมค่านิยม ความเชื่อ ครอบครัวและชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพและส่งเสริมภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาว ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในงานวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา หมายถึง ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ให้การดูแล

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความหมายของผู้ดูแล ผู้ดูแล หมายถึงบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และองค์กรในวิชาชีพต่าง ๆ ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือเกื้อหนุนบุคคลอื่นในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยทำงาน และการดูแลจิตใจ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเคารพนับถือ โดยผู้ดูแลที่แตกต่างกันไปแล้วแต่ลักษณะของบุคคลที่รับการดูแล ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกายจิตใจ การดูแลเด็กที่มีความพิการ การดูแลบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจำเป็นจะต้องดูแลที่ตัวบุคคลพร้อมกับดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย (Woods, 1991, pp. 195-198)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับผูกพัน ในการดูแลช่วยเหลือความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตสังคม การเจ็บป่วย การดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมไปถึงการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ประสบความสำเร็จในชีวิตของตนเอง สามารถอยู่ในครอบครัว สังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้ายการขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียม ปรง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอน และล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับ
ผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ซิลเลอร์(1981) ได้แบ่งบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 4 บทบาท ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช,
2533, น. 432-436 อ้างถึงใน Cieirelli, 1981)

1. บทบาทการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่
การดูแล เรื่องการกิน ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเมื่อเจ็บป่วย
และให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะ การเดินทางและช่วยเหลือ
ด้านแรงงานแก่ผู้สูงอายุ

2. บทบาทการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่
การให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่องสนับสนุนให้ทำงานตามความสามารถ
และงานอดิเรกตามสมควร ดูแลให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่าง ๆ
ตามสมควรแก่ผู้สูงอายุ

3. บทบาทการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ สนับสนุน
ให้พบปะญาติ เพื่อนฝูง ให้มีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัวและสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแล
ให้ได้รับข่าวสาร เพื่อรับรู้ความเป็นไปทางสังคมที่เป็นอยู่ในเหตุการณ์ปัจจุบัน

4. บทบาทการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ได้แก่
ช่วยเหลือด้านการเงิน ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายส่วนตัว ตลอดจนควบคุมดูแลธุรกิจหรือผลประโยชน์
แทนผู้สูงอายุ

แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั้น สรุปรวมได้ 7 ด้าน ได้แก่
ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกัน
อุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย และด้านสุขภาพจิต

1. ด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร

ภาวะโภชนาการที่ดี (Good Nutritional Status) เป็นภาวะสุขภาพของบุคคลที่เกิด
จากการได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการหรือมีสารอาหารครบถ้วนและมีปริมาณเพียงพอกับ
ความต้องการของร่างกายก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายและร่างกายใช้สารอาหารเหล่านั้น ในการ
เสริมสร้างสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ เห็นได้จากการเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ
การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ อวัยวะของระบบต่าง ๆ ทำงานได้เต็มสมรรถภาพและมีความต้านทาน
ต่อเชื้อโรคที่ดี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุมีความสำคัญในการดำรงชีวิตไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี มีโครงสร้างที่แข็งแรง มีระบบการคิดที่ดีชัดเจนและให้พลังงานในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สัมพันธ์กับความชรา สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551)

การประเมินภาวะโภชนาการมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุว่าอยู่ในภาวะโภชนาการดีหรือทุพโภชนาการจึงต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ

ผู้สูงอายุควรทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง และน้ำตาล) และไขมัน (น้ำมันจากสัตว์ พืช ไข่แดง เนย) เน้นทานโปรตีนโดยเฉพาะเนื้อปลา แต่ไข่แดงควรกินไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ กินผัก ถั่ว และธัญพืชต่าง ๆ ให้มาก เลือกกินผลไม้รสไม่หวานจัด ดื่มน้ำให้เพียงพอ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้เกิดโรคตามมาได้ ดูแลเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะโอกาสเกิดอันตรายจากการไ้ยาในผู้สูงอายุมีมาก

2. ด้านการนอนหลับพักผ่อน

จากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้การนอนหลับของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้วย ผู้สูงอายุบางคนมีอาการนอนไม่หลับ ส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน สุขภาพและการร่วมสังคม ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีการดูแลด้านการนอนหลับและพักผ่อนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุนอนไม่หลับด้วยสาเหตุจากการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น อาการปวดข้อ ควรดูแลด้วยการประคบร้อนประคบเย็น รับประทานยาแก้ปวดเป็นต้น ถ้าผู้สูงอายุนอนไม่หลับเพราะความเครียด อาจใช้เทคนิคผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ก่อนนอน

3. ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดสมรรถภาพร่างกาย โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านขาดการเคลื่อนไหวก็ยังต้องการการออกกำลังกายเพื่อช่วยเสริมสมรรถภาพทางกายให้ฟื้นสภาพเร็วยิ่งขึ้น การออกกำลังกายจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้อรังและทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุติดบ้านดีขึ้น

4. ด้านการขับถ่าย

การดูแลการขับถ่ายในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องหมั่นสังเกตและดูพฤติกรรมการขับถ่ายของผู้สูงอายุ เพราะการขับถ่ายสามารถบอกอาการของโรคต่าง ๆ ได้ อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายไม่รู้สึกรู้ว่าตัวเองปวดท้องอุจจาระหรือปวดปัสสาวะ

การดูแลสุขภาพขั้วถ่าย

1. ผู้ดูแลหมั่นคลึงหน้าท้องบริเวณลำไส้ใหญ่ของผู้สูงอายุ เพื่อตรวจดูว่ามีกากอาหารตกค้างในลำไส้ และสังเกตสัญญาณของผู้ป่วย เช่น กลิ่น สีของอุจจาระ เพื่อดูอาการท้องผูก ท้องร่วง
2. พยายามให้ผู้สูงอายุมีการขั้วถ่ายทุกวัน เพื่อฝึกการขั้วถ่าย
3. ให้ผู้สูงอายุทานอาหารที่มีกากใยจากผัก ผลไม้ เช่น มะละกอ ส้ม แอปเปิ้ล มะม่วง ผักคะน้า ผักกาด ดอกแค ใบเหลียง ทั้งนี้ต้องให้ทานในปริมาณที่เหมาะสม ถ้าหากทานมากเกินไปอาจจะมีอาการท้องร่วงได้
4. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับร่างกาย เช่น 2 - 2.5 ลิตร
5. มีบันทึกการขั้วถ่ายของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุบางรายมีอาการท้องผูกติดต่อกันหลายวัน และอาจเป็นสัญญาณของโรคแทรกซ้อนได้

5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุก็คือ การหกล้ม เช่น ลื่นล้มในห้องน้ำ การตกเตียง ตกบันได เป็นต้น ซึ่งมักเกิดกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 - 75 ปี เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ จึงต้องมีการประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยง

6. ด้านสุขอนามัย

ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ สอนสุขศึกษา เมื่อพบความผิดปกติ สามารถป้องกัน หลีกเลี่ยง โดยการใช้ชีวิตให้ถูกต้อง และได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การตัดเล็บ ดูแลเส้นผม อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น

7. ด้านสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพอนามัย ด้านเศรษฐกิจ การสูญเสียบทบาททางสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต ไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญปัญหาเหล่านี้ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินสุขภาพจิต ทั้งในแง่ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้า การปรับตัว ความเหงา ว้าเหว่ ความวิตกกังวล และอัตมโนทัศน์ และได้รับการดูแล เอาใจใส่ด้านจิตใจ จากคนในครอบครัวและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริบทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามต้องการความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านที่อยู่อาศัย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

1. ความหมายของลักษณะส่วนบุคคล

ปรมะ สตะเวทิน (2546) ได้กล่าวว่า ลักษณะทางประชากรของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ การศึกษา และศาสนา ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล

กรรณิการ์ เหมือนประเสริฐ (2548) ได้กล่าวว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในองค์กร เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พนักงานในองค์กรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่แสดงออกในที่ทำงานแตกต่างกันออกไป

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2549) ได้กล่าวว่า ลักษณะส่วนบุคคลเป็นลักษณะด้านประชากรศาสตร์ที่สำคัญและสามารถวัดได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล

ปรมะ สตะเวทิน (2546) ได้กล่าวถึงลักษณะประชากรของบุคคลไว้ดังนี้

เพศ แม้ว่างานวิจัยหลายชิ้นจะแสดงว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพการทำงานแต่เนื่องจากเพศหญิงและเพศชายมีความคิด ค่านิยม และทัศนคติ ที่แตกต่างกัน สังคม และวัฒนธรรมได้กำหนดบทบาทของทั้งสองเพศไว้แตกต่างกัน โดยทั่วไปเพศหญิงมักจะมีจิตใจที่อ่อนไหว โอนอ่อนผ่อนตาม เป็นแม่บ้านแม่เรือน ถูกชักจูงได้ง่าย เข้าใจจิตใจผู้อื่นได้ดี และมักโทษตัวเองเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ในขณะที่เพศชายจะใช้เหตุผลมากกว่า และสามารถจดจำเหตุการณ์ได้ดีกว่าเพศหญิง รวมถึงเพศชายมักจะโทษบุคคลหรืออุปสรรคอื่น ๆ โดยไม่โทษตนเอง เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น เพศจึงยังเป็นปัจจัยที่จะศึกษาความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้นับถือศาสนา

อายุ ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิด และพฤติกรรม ซึ่งโดยทั่วไปแล้วบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีความคิดเสรีนิยม ยึดถืออุดมการณ์ ใจร้อน และมองโลกในแง่ดี ในขณะที่บุคคลที่มีอายุมากมักจะมีความคิดอนุรักษนิยม ยึดถือการปฏิบัติ มีความระมัดระวังและมองโลกในแง่ร้ายกว่า เนื่องจากประสบการณ์ชีวิตและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลแต่ละวัยเผชิญมาไม่เหมือนกัน ทำให้ทัศนคติและความรู้สึกนึกคิดแตกต่างกันไป นอกจากนี้ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น จะมีโอกาสเปลี่ยนใจหรือถูกจูงใจได้น้อยลง อีกทั้งความต้องการของบุคคลแต่ละวัยยังแตกต่างกันด้วย เช่นวัยกลางคนจะต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การรักษาพยาบาล การมีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง ในขณะที่วัยหนุ่มสาวจะต้องการการศึกษา ความยุติธรรม และความเสมอภาค เป็นต้น

สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ และภูมิหลังของครอบครัวโดยสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจส่งผลให้บุคคลมีวัฒนธรรม ประสบการณ์ ทัศนคติ ค่านิยมและเป้าหมายที่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา บุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่ต่างกัน ในสาขาวิชาที่ต่างกัน ย่อมมีความคิด อุดมการณ์ และความต้องการที่แตกต่างกัน

ศาสนา มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลตลอดชีวิต จึงมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของบุคคล

กรรมนิกา เหมือนประเสริฐ (2548) ได้กล่าวถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในองค์การไว้ดังนี้

อายุ แม้ว่าจะเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่าผลงานของพนักงานจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น แต่พนักงานที่มีอายุมากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานสูง และสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลิตผลสูงได้ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า พนักงานที่มีอายุมากจะไม่ลาออกจากงานหรือย้ายงานเนื่องจากโอกาสในการเปลี่ยนงานมีน้อย ประกอบกับการทำงานมาเป็นระยะเวลานาน มีผลทำให้ได้รับค่าตอบแทนสูง ตลอดจนสวัสดิการต่าง ๆ ที่จะได้เพิ่มขึ้นด้วย รวมทั้งพนักงานที่มีอายุมากจะปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ มีการขาดงานต่ำกว่าพนักงานที่มีอายุน้อย

เพศ แม้จะมีผลจากการศึกษาทั่วไปว่า ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความสามารถเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาในการทำงาน แรงจูงใจ การปรับตัวทางสังคม และความสามารถในการเรียนรู้ แต่ในการศึกษาทางจิตวิทยาพบว่า เพศหญิงจะมีลักษณะคล้ายตามมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายจะมีความคิดเชิงรุกและก้าวไกล รวมถึงมีความคาดหวังในความสำเร็จมากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตาม ทั้งสองเพศไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องผลงานและความพึงพอใจในงาน

สถานภาพสมรส พนักงานที่สมรสแล้วจะขาดงานและมีอัตราการลาออกจากงานน้อยกว่าพนักงานที่เป็นโสด รวมถึงการมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าพนักงานที่เป็นโสด ตลอดจนมีความรับผิดชอบ เห็นคุณค่าของงาน และมีความสม่ำเสมอในการทำงานด้วย

อายุงาน พนักงานที่มีอายุงานมากหรือทำงานในองค์การมานานจะมีผลงานและความพึงพอใจในงานสูงกว่าพนักงานใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลักรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล การฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยการปฏิบัติงาน

ปัจจัยการปฏิบัติงานในองค์กร จะทำให้งานที่ปฏิบัติสามารถบรรลุเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ได้ องค์กรจะต้องมีทีมงานที่มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพต่อองค์กรนั้น ๆ ซึ่งมีนักวิชาการได้กล่าวถึงปัจจัยในการทำงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังเช่น จรรยาพร สุรัตน์ชัยการ (2550, น. 99) ได้สรุปว่า ความรู้ความเข้าใจในงานที่ทำหมายถึง การที่พนักงานสามารถให้คำแนะนำ และสอนงานที่ถูกต้องแก่เพื่อนร่วมงานใหม่ได้ พนักงานสามารถใช้ ความรู้ ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พนักงานความสามารถพัฒนา และปรับปรุง ผลลัพธ์ ให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นกว่าเดิม พนักงานมีความเข้าใจวิธีปฏิบัติงาน และการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือในการทำงานได้อย่างถูกต้อง และพนักงานสามารถตอบคำถาม และเสนอความคิดเห็นแก่ หัวหน้างานได้เป็นอย่างดีเมื่อเกิดปัญหา เช่นเดียวกันกับ ประสิทธิ์ชัย พิภักดี (2552, น. 46) ได้สรุปไว้ว่า ความรู้ความเข้าใจในงานที่ทำ หมายถึง การที่พนักงานได้รับการฝึกอบรม ก่อนที่จะได้ลงมือ ปฏิบัติงานจริง มีความรู้ตามระเบียบปฏิบัติตามมาตรฐานของงานที่ทำ มีความเข้าใจและการเห็น ความสำคัญของงานที่ทำ โดยงานที่ทำตรงกับความรู้ความสามารถ และมลธา พัทธักษ์ (2554, น. 72) ได้สรุปไว้ว่า ความรู้ความเข้าใจในงานที่ทำหมายถึง พนักงานได้รับการฝึกอบรมก่อนที่จะได้ลงมือ ปฏิบัติงานจริง มีความรู้และความเข้าใจเป็นอย่างดีในงานที่ปฏิบัติอยู่ มีความเข้าใจและเห็น ความสำคัญของงานที่กำลังปฏิบัติอยู่

2. สภาพแวดล้อมในการทำงาน นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังเช่น สิริอร วิชชาวุธ (2548, น. 139) ได้กล่าวถึง สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน หมายถึง สภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การปฏิบัติงานอ่านหนังสือ สภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัว จะมีอิทธิพลทำให้ประสบความสำเร็จ อย่างมีประสิทธิภาพได้พอ ๆ กับความรู้ความสามารถ เช่น ถ้าต้องการที่จะปฏิบัติงาน โดยสภาพแวดล้อมเอื้ออำนวย แต่ไม่มี ๆ ความรู้พอที่จะปฏิบัติงานได้ จะทำให้ปฏิบัติงานไม่สำเร็จ ในทางกลับกัน หากมีความรู้ที่จะปฏิบัติงาน แต่สภาพแวดล้อมไม่ดีพอ แสงสว่างน้อย มีเสียงดังรบกวนอยู่ตลอด สภาพแวดล้อมเช่นนี้ อาจทำให้ขาดสมาธิเกิดความรู้สึกรำคาญ เป็นผลให้การปฏิบัติงานไม่สำเร็จ หรืออาจมีข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ สภาพแวดล้อมจึงเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน พรนพ พุกกะพันธ์ (2549, น. 236) ได้กล่าวถึง สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานหมายถึง สภาพที่มีอิทธิพลต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคลเป็นอันมาก มีส่วนเสริมสร้างและทำลายขวัญและกำลังใจเป็นอย่างยิ่ง การจัดสภาพการปฏิบัติงานที่ดีถูกหลักอนามัย เช่น สถานที่สะอาด ระบายร้อย จะทำให้พนักงานเกิดความ สบายใจ ไม่รู้สึกรำคาญหรืออารมณ์ขุ่นมัว ขวัญและกำลังใจก็จะดี ถ้าจัดการสภาพปฏิบัติงานได้ ระเบียบขาดสิ่งจูงใจ ขาดความสะอาดความสวยงาม พนักงานจะขาดความตั้งใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังเป็นการทำลายขวัญและกำลังใจให้หมดสิ้นไป พงศ์ หรดาล (2548, น. 246-247) ได้กล่าวถึง

การจัดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน ที่ไม่คำนึงถึงปัจจัยความแตกต่าง และขีดจำกัดของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากจะก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ไม่สะดวกสบาย ไม่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานแล้ว ยังส่งผลถึงระดับความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ และปัญหาด้านสุขอนามัยของ ผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย ในการจัดสภาพแวดล้อมของผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ถูกหลัก จะทำให้พนักงานเกิดความ เมื่อยล้าความเมื่อยล้า นอกจากนี้ยังเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดการผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลให้ เกิดอุบัติเหตุได้ทันที ทั้งยังส่งผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในระยะยาว ซึ่งส่งผลให้ ปริมาณงานและคุณภาพของการผลิตลดลง

3. ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงาน มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ เสนาะ ติเยาว์ (2545, น. 293) ได้กล่าวว่า ภายในองค์กรผู้บริหรย่อมมี ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาอื่น เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชาโดยตรง ผู้ใต้บังคับบัญชาอื่น ๆ และพนักงานระดับล่าง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนี้ นับว่าเป็นปัจจัยอย่าง หนึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จ และความล้มเหลว ในการบริหารงาน อาจกล่าวได้ว่าความสัมพันธ์เป็นอำนาจอย่างหนึ่งในการเป็นผู้นำ รวมทั้งการใช้การ จูงใจในการปฏิบัติงานเป็นทีม และการสื่อสาร ผู้บังคับบัญชาอาจให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดอำนาจการบริหารได้ 4 อย่าง คือ 1) การให้เกิดอำนาจหรืออิทธิพลทางบวก คือ ความสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างบุคคล จะเป็นอำนาจใน การส่งเสริมและชักนำบุคคลให้มีพฤติกรรมคล้อยตามผู้บริหร 2) การบริหารความ ชัดแย้ง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี อาจใช้เป็นอำนาจในการแก้ไขปัญหา ความขัดแย้ง ที่อาจ เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ 3) การเจรจาเพื่อนำไปสู่ข้อตกลง ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลอาจ นำไปใช้ให้บรรลุข้อตกลงต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นการตกลงกันระหว่างบุคคล หรือระหว่างกลุ่ม 4) การบริหารความเครียด การรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล อาจนำไปใช้ในการ บริหาร ความเครียดในการปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นความเครียดที่เกิดในตัวบุคคลหรือกลุ่ม ยงยุทธ เกษสาคร (2548, น. 172-174) ได้กล่าวว่า หากผู้บังคับบัญชาให้ความเป็นกันเอง มีมนุษย สัมพันธ์อัน ดีต่อกันและกัน จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีขวัญกำลังใจ ในการปฏิบัติงานที่ดีด้วย เช่นกัน การสร้าง มนุษย์สัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน มีเทคนิคดังนี้ 1) ความเชื่อถือในคุณภาพของบุคคล ในองค์กร คือ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อกัน เห็นความสำคัญของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็น เหตุจาก เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตลอดจนประสบการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนเสริมสร้างให้ ความคิด ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้นำต้องรู้จักวิธีผสมผสานความคิดที่แตกต่างกัน ให้เกิดเป็นแนว ทางการ ปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรให้มากที่สุด 2) เอาใจเขามาใส่ใจเรา เป็นการแสดงออก ให้เห็นถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงาน เช่น การพูดจาหรือการกระทำที่อาจก่อให้เกิด ความรู้สึก ไม่พอใจหรือท้อแท้ใจ 3) แสดงความห่วงใย พนักงานจะเกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า หรือมี ความหมายต่อกลุ่มหรือต่อองค์กรมากขึ้น ถ้ามีบุคคลมาสนใจหรือมาแสดงความห่วงใย เมื่อเกิด เหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นในองค์กร เช่น ผู้ใต้บังคับบัญชาหายหน้าไป 2 - 3 วัน เมื่อผู้บังคับบัญชามาพบ

ผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาก็อาจจะแสดงความห่วงใย ด้วยการถามถึงสาเหตุที่หายหน้าไป ถ้ามีอะไรให้ช่วยเหลือก็ขอให้บอก เป็นต้น ถ้าผู้บังคับบัญชาแสดงความห่วงใยต่อพนักงาน พนักงานก็จะห่วงงานของผู้บังคับบัญชาเช่นกัน 4) คิดพิจารณาให้รอบคอบก่อนการสื่อสาร นับเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดเรื่องหนึ่งของการสร้างมนุษยสัมพันธ์ เพราะการสื่อสารสามารถจูงใจให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกและความคิด ไม่ว่าจะเป็นไปในทางบวกหรือลบ การศึกษาและเรียนรู้เกี่ยวกับศิลปะการพูดเป็นสิ่งที่จะต้องจำเป็นอย่างมาก สำหรับภาวะผู้นำในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ 5) กิริยาที่แสดงออกเท่ากับปฏิกิริยาตอบรับ เทคนิคนี้ได้แนวคิดจากหลักการทางฟิสิกส์ ที่ว่าการกระทำเท่ากับปฏิกิริยาตอบสนอง คือ การพูดจาหรือพฤติกรรมที่มีต่อผู้อื่น ย่อมได้รับการตอบสนองอย่างไม่สุภาพด้วยเช่นกัน พฤติกรรมหรือการกระทำ ที่ผู้บังคับบัญชาแสดงกับผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างไร ก็จะมีส่วนให้พนักงานสร้างพฤติกรรมหรือการกระทำแบบเดียวกัน 6) ปรับเปลี่ยนวิกฤตความขัดแย้งที่เกิดขึ้นให้เป็นโอกาส ความ ขัดแย้งเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ หรือไม่พอใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างจากที่คิดขอให้ระลึกไว้เสมอว่า ผู้บังคับบัญชาไม่สามารถหลีกเลี่ยงความขัดแย้งทางความคิดและความขัด ใจของพนักงานได้ จึงควรมีการทบทวนความคิดที่หลากหลายและเหตุผลต่าง ๆ ที่มีให้มากที่สุด โดยปราศจากอคติ ขอให้มองความขัดแย้งไปในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้บังคับบัญชากับผู้ร่วมงาน และต่อผลการปฏิบัติงานด้วย 7) ความพอใจด้านสังคม พนักงานมีความ ต้องการความพอใจทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์กันของบุคคลในองค์กร มีแนวโน้มมาจากทัศนคติ ความรู้สึก ความเชื่อในลักษณะที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน

4. ความมั่นคงก้าวหน้าในงาน มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ ประสิทธิ์ชัย พิภักดี (2552, น. 46) ได้สรุปไว้ว่า ความมั่นคงก้าวหน้าในงาน หมายถึง ลักษณะงานที่กำลังทำอยู่มีความเหมาะสมและทำให้รู้สึกว่าจะมีอนาคตที่ดีขึ้น งานที่ปฏิบัติมีความ ทำหาย และกระตุ้นให้เกิดความต้องการอยากจะทำงาน งานที่กำลังทำอยู่มีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุง และพัฒนาอยู่ตลอดเวลา การจัดการระบบ การปฏิบัติงานในหน่วยงาน มีความเหมาะสมกับบุคลากรที่มีอยู่ มีโอกาสได้เรียนรู้ระบบงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ และมีโอกาสในการพัฒนางานที่รับผิดชอบอย่าง เต็มที่ การให้โอกาสศึกษาต่อการจัดฝึกอบรมทักษะในการทำงาน การจัดสัมมนา เป็นการเพิ่มพูน ความรู้และคุณวุฒิให้กับพนักงาน มีงบประมาณสนับสนุน มีคู่มือปฏิบัติงานและมีคำสั่งการปฏิบัติงานที่ทำให้สามารถทำงานได้อย่างสะดวกและง่ายขึ้น การได้รับความยุติธรรมในการพิจารณาเลื่อน ตำแหน่งเลื่อนขั้นเงินเดือน ทำให้มีความรู้สึกชอบและสนุกกับงานที่ทำ และ พิมลพร โอซารส (2550, น. 7) สรุปว่า ความก้าวหน้าในงาน หมายถึง กิจกรรมการบริหารบุคคลเพื่อการดำเนินงาน ให้ พนักงานมีความสามารถสูง ได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าด้วยการจัดทำแผนเกี่ยวกับหน้าที่งาน (Career Planning) และการจัดการเกี่ยวกับหน้าที่ (Career Management) เช่นเดียวกันกับ พิมพิภา แซ่ฉั่ว (2551, น. 42-43) ได้สรุปไว้ว่า ความก้าวหน้าในงาน หมายถึง การเปลี่ยนบทบาท การทำงาน ซึ่งจะให้ผลตอบแทนทั้งทางด้าน

จิตวิทยา หรือผลตอบแทนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำงาน การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งหรือเงินเดือน การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความก้าวหน้าในงาน ตลอดจนถึงความพึงพอใจต่อชีวิต ความรู้สึกว่าคุณประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจออกมาในรูปของอำนาจหน้าที่ สถานภาพที่สูงขึ้น ความก้าวหน้าในอาชีพ จึงเป็นผลสุดท้ายของการจัดการอาชีพงาน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ เกณฑ์หรือ มาตรวัดความก้าวหน้าในงาน ได้แก่ 1) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การที่ได้เลื่อนขึ้นดำรง ตำแหน่งที่สูงขึ้น มีหน้าที่และความรับผิดชอบสูงขึ้น ความก้าวหน้าในตำแหน่งวัดได้จากการ เปรียบเทียบกับตำแหน่งที่ได้ดำรงอยู่ กับระยะเวลาในการรับตำแหน่งนั้น หรือเปรียบเทียบกับอายุตัว ของบุคลากรนั้น ๆ กับเพื่อนร่วมงาน 2) ความก้าวหน้าในเงินเดือน การได้รับเงินเดือนในอัตราที่สูง ความก้าวหน้าในอัตราเงินเดือนมีส่วนสัมพันธ์ส่งเสริม และสนับสนุนกับความก้าวหน้าในตำแหน่ง หน้าที่ ผู้ก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ย่อมมีโอกาที่จะได้รับเงินเดือนสูง หรือมีความก้าวหน้าใน เงินเดือนทำให้มีโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ 3) ความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเอง ความก้าวหน้าในด้านความรู้ ความสามารถทักษะและ ประสบการณ์ในการทำงาน รวมถึงการพัฒนา ตนเองในด้านจิตใจ ทศนคติ ตลอดจนนิสัยในการ ปฏิบัติงาน อันจะทำให้งานที่ปฏิบัตินั้นสำเร็จอย่างมี ประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเอง มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะก้าวหน้าในชีวิตการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานที่พัฒนาตนเองได้อย่างรวดเร็ว ย่อมมีความก้าวหน้าใน ตำแหน่งหน้าที่และเงินเดือน เพราะการได้เลื่อนตำแหน่งหรือได้เลื่อนขั้นเงินเดือน

5. ขวัญและกำลังใจในการทำงาน มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ ศิริพร วงศ์ศรีโรจน์ (2548, น. 241) ได้กล่าวถึงความสำคัญของขวัญในการ ปฏิบัติงานไว้ดังนี้ 1) ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร 2) เกิดความ จงรักภักดี ซื่อสัตย์ต่อหมู่คณะและองค์กร 3) ปฏิบัติอยู่ในกรอบแห่งระเบียบวินัยและศีลธรรมอันดีงาม 4) เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ และก่อให้เกิดพลังร่วม (Group Effort) และฝ่าฟันอุปสรรค ทั้งหลายขององค์กรได้ 5) เกิดความคิดสร้างสรรค์ในกิจการต่าง ๆ ขององค์กร 6) เกิดความเชื่อมั่น และศรัทธาในองค์กรที่ตนปฏิบัติอยู่ เช่นเดียวกันกับ ระวัง เนตรโพธิ์แก้ว (2549, น. 184) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของขวัญในการ ปฏิบัติงานไว้ดังนี้ 1) เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงานเป็นอย่างดี 2) ทำให้เกิดความรัก ความสามัคคีในหมู่เพื่อนร่วมงาน 3) เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาขององค์กร 4) สร้างความเข้าใจระหว่าง บุคคลในองค์กร 5) ทำให้เกิดความจงรักภักดีในหมู่คณะขององค์กร 6) สร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอีกด้วย และปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2548, น. 134-135) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของขวัญในการปฏิบัติงานว่าผู้ที่มีขวัญดีมักเป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำงาน ให้เป็นไปตามความมุ่งหมายของการจัดการ จะช่วยสร้างผลงานที่คุณภาพ ให้กับหน่วยงาน บุคคลที่มีขวัญจะมีพฤติกรรมต่อไปนี้ 1) มีความกระตือรือร้นที่จะทำงานร่วมกัน

เพื่อให้จุดมุ่งหมายขององค์กรบรรลุผล 2) มีความผูกพันต่อองค์กร 3) อยู่ในระเบียบวินัยและเต็มใจที่จะทำตามกฎข้อบังคับต่าง ๆ 4) แม้องค์กรจะมีปัญหาอย่างไร ก็จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ ให้ลุล่วงไป 5) มีแรงจูงใจและความสนใจในงานอย่างมาก 6) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 7) มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล แนวคิดของ Flippo. (1967, P. 364-369) ให้ความสำคัญแก่ขวัญในการทำงานว่า เป็นภาวะทางจิตใจที่จะทำการอุทิศตัว เพื่องานนั้น นอกจากความสามารถในการเป็นผู้นำของผู้บริหารแล้ว ความพึงพอใจในลักษณะและ สภาพของงานที่ปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย หรือสมัครใจเข้าไปทำนั้น จะเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานด้วย

Becker, & Neuhauser (1975) ได้เสนอตัวแบบจำลองเกี่ยวกับประสิทธิภาพขององค์กร (Model of Organization Efficiency) โดยเขากล่าวว่า ประสิทธิภาพขององค์กร นอกจากจะพิจารณาทรัพยากร เช่น คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ที่เป็นปัจจัยนำเข้าและผลผลิตขององค์กรแล้ว ในฐานะที่เป็นองค์กรในระบบเปิดยังมีปัจจัยประกอบอีกคือตัว แบบจำลองในรูปสมมติฐาน ซึ่งสามารถสรุป ได้ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างขององค์การ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน คือ เมื่อมีการควบคุมในเรื่องของกฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ในองค์การจะทำให้เกิดการขาดการยืดหยุ่น บรรยากาศความตึงเครียดจะเกิดขึ้นมาแต่ในทางตรงกันข้ามถ้าองค์การนั้นให้มีความอิสระส่วนบุคคลรวมถึงให้มีความร่วมมือร่วมใจระหว่างกลุ่ม เช่น มีความจริงใจต่อกันและในการเปิดเผยข้อมูลและความรับผิดชอบในงานบรรยากาศขององค์การก็จะดีขึ้น ซึ่งย่อมมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การ ส่วนโครงสร้างอย่างอื่นที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การก็คือขนาดขององค์การและตำแหน่งของบุคคลในสายการบังคับบัญชาโดยที่องค์การขนาดเล็กจะมีความจริงใจหรือความไว้นื้อเชื่อใจและเป็นกันเองมากกว่าองค์การขนาดใหญ่ เป็นต้น

2. วิทยาการต่าง ๆ ที่ใช้ในองค์การ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ในองค์การวิทยาการที่ใช้ในการทำงานประจำปี แนวโน้มที่จะสร้างบรรยากาศของการควบคุมโดยกฎหมายที่ยืดหยุ่นน้อยและบรรยากาศของการไว้นื้อเชื่อใจจะอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการใช้วิทยาการเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงควรเปิดโอกาสในด้านติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยมีความจริงใจต่อกันและกันและมีพฤติกรรมในการสร้างสรรค์งาน รวมถึงการมีความรับผิดชอบส่วนบุคคลต่อความสำเร็จของงาน

3. สิ่งแวดล้อมภายนอกขององค์การ ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ เช่นกัน เช่น ในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจเกิดการชะลอตัว ทำให้โรงงานหลายแห่งได้ปิดกิจการหรือไม่ก็ปลดพนักงานบางส่วนออกไปซึ่งทำให้บุคคลที่อยู่ในโรงงานปัจจุบันอาจจะมีความกังวลใจไม่ดี ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้

4. นโยบายด้านการบริหารและการปฏิบัติงานของฝ่ายบริหารจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละองค์การ เช่น การจัดให้มีข่าวสารย้อนกลับ ความอิสระในการปฏิบัติงานหรือลักษณะงาน ย่อมจะเป็นเครื่องสร้างบรรยากาศในการทำงานอันจะนำมาสู่ความสำเร็จในงาน ซึ่งมีส่วนช่วยให้บรรยากาศของพนักงานในองค์การมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อจุดมุ่งหมายของกลุ่มมากขึ้น

Frederick Herzberg ได้คิดค้นทฤษฎีการจูงใจในการทำงาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในวงการบริหาร ชื่อทฤษฎีของ Herzberg มีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป คือ “motivation-maintenance theory” หรือ “dual factor theory” หรือ “the motivation-hygiene theory” ในการเริ่มต้นค้นคว้าเพื่อสร้างทฤษฎี Herzberg ได้ดำเนินการสัมภาษณ์นักวิศวกรและนักบัญชี ซึ่งจุดมุ่งหมายของการค้นคว้า เพื่อศึกษาทัศนคติที่เกี่ยวกับงานเพื่อที่จะให้มีหนทางเพิ่มผลผลิตลดการขาดงาน และสร้างความสัมพันธ์อันดีในการทำงาน และเพื่อประโยชน์ทั่วไปสำหรับทุก ๆ คน ก็คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลต่าง ๆ ที่จะมีส่วนช่วยในการปรับปรุงขวัญ และกำลังใจ ที่จะส่งผลให้ทุกคนมีความสุขกายสบายใจและมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น มีด้วยกัน 2 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) เป็นปัจจัยภายในหรือความต้องการภายในของบุคลากรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง ถือเป็นตัวกระตุ้นให้พนักงานปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ทัศนคติทางบวกและการจูงใจที่แท้จริง ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่

1.1 ความสำเร็จในการทำงานของบุคคล หมายถึง การที่สามารถทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการทำงานของหน่วยงานให้สำเร็จลุล่วง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และเมื่องานสำเร็จก็เกิดความรู้สึกพอใจในความสำเร็จนั้น ได้แก่ การได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การได้รับโอกาสให้ตัดสินใจในการทำงานของตนเมื่อผลงานสำเร็จจึงเกิดความรู้สึกพึงพอใจและปลื้มปิติในผลสำเร็จของงานนั้น ๆ

1.2 การได้รับการยอมรับนับถือ หมายถึง การได้รับความยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้าง หรือได้รับการยกย่องชมเชยในความสามารถ รวมทั้งการให้กำลังใจหรือการแสดงออกอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับในความสามารถ ได้แก่ การยกย่องชมเชยภายในองค์การ ความภาคภูมิใจในอาชีพ การได้รับการยอมรับจากองค์การ การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน และการมีเกียรติศักดิ์ศรีในอาชีพ เป็นต้น

1.3 ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ หมายถึง ความน่าสนใจของงาน ต้องอาศัยความคิด ริเริ่มสร้างสรรค์ มีความสำคัญ มีคุณค่า เป็นงานที่ใช้ความคิด มีความท้าทาย มีความมีอิสระในการทำงาน รวมถึงเป็นงานที่ตรงกับความรู้และความถนัด เป็นต้น

1.4 ความรับผิดชอบ หมายถึง การได้มีโอกาสได้รับมอบหมายงานหรือมีส่วนร่วมในงานที่ได้รับมอบหมาย ไม่ถูกควบคุมมากเกินไปจนขาดอิสระในการทำงาน ได้แก่ ความเหมาะสมของปริมาณงาน การได้รับความเชื่อถือและไว้วางใจในงานที่รับผิดชอบและได้รับมอบหมายให้ทำงานที่สำคัญ เป็นต้น

1.5 ความก้าวหน้า หมายถึง การมีโอกาสได้ก้าวหน้าขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น การได้รับการเลื่อนขั้นเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จ การมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และการได้รับการฝึกอบรม เป็นต้น

2. ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factor) หรืออาจเรียกว่า ปัจจัยสุขอนามัย หมายถึง ปัจจัยที่จะค้ำจุนให้แรงจูงใจในการทำงานของบุคคลมีอยู่ตลอดเวลา ถ้าไม่มีหรือมีในลักษณะไม่สอดคล้องกับบุคคลในองค์การบุคคลในองค์การจะเกิดความไม่ชอบงานขึ้น และปัจจัยที่มาจากภายนอกบุคคล ได้แก่

2.1 ค่าตอบแทน หมายถึง เงินค่าตอบแทนเป็นที่พอใจของบุคลากรในการทำงาน เงินเดือนเป็นไปอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม นอกจากนี้ ยังรวมถึงการให้รางวัลที่เป็นผลมาจากการทำงานหรือเป็นผลตอบแทนอื่น ๆ ซึ่งพนักงานได้รับเพิ่มเติม นอกเหนือจากเงินเดือน ค่าจ้าง ได้แก่ สวัสดิการด้านสุขภาพและการประกันชีวิต วันหยุดพักผ่อนหรือพักร้อน เงินช่วยค่าครองชีพ เงินโบนัส เป็นต้น

2.2 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หมายถึง การติดต่อ ไม่ว่าจะเป็นกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เช่น ความสนิทสนม ความจริงใจ ความร่วมมือ และการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

2.3 สถานภาพในการทำงาน หมายถึง การปฏิบัติงานนั้นเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคมที่มีเกียรติ และศักดิ์ศรี รวมถึงมีความสำคัญต่อองค์การ

2.4 นโยบายและการบริหารงานขององค์การ หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์การ การติดต่อสื่อสารภายในองค์การ ได้แก่ นโยบาย การควบคุม ดูแล ระบบของหน่วยงาน ข้อบังคับ วิธีการทำงาน วิธีการบริหารงานมีการแบ่งงานไม่ซับซ้อน มีความเป็นธรรม มีนโยบายที่ชัดเจน และมีการแจ้งนโยบายให้ทราบอย่างทั่วถึง

2.5 สภาพการทำงาน หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่ทำงาน เช่น ห้องทำงาน เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ การระบายอากาศ กลิ่น บรรยากาศในการทำงาน ชั่วโมงในการทำงาน รวมทั้งลักษณะสิ่งแวดลอมอื่น ๆ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ เป็นต้น

2.6 การบังคับบัญชาและการควบคุมดูแล (Supervision) หมายถึง ลักษณะการบังคับบัญชา ของหัวหน้างาน ความยุติธรรมในการแบ่งและกระจายงานของผู้บังคับบัญชาความสามารถในการบริหารงาน ของผู้บังคับบัญชา การให้คำแนะนำแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา การสั่งงานและการ

มอบหมายงานมีความชัดเจน มีการรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้ได้บังคับบัญชาการสอนงาน และความยุติธรรมในการมอบหมายงาน เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน มีปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของครูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาด้วยกัน 9 ปัจจัย คือ ความรู้และเข้าใจในงานที่ทำ การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ค่าตอบแทน ขวัญและกำลังใจ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงาน นโยบายการทำงานและการควบคุมดูแลของCM

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้าน ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เป็นผลให้กับผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ เช่น การมีสุขภาพดี ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชนาภรณ์ ตั้งทองสว่าง (2564) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมี ปฏิสัมพันธ์สัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือประคับประคองดูแล ทั้งทางด้านสิ่งของหรือบริการ การให้ความรัก ความห่วงใย ให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมรวมถึงการดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และตอบสนองความต้องการ ต่อบุคคลให้บุคคลสามารถใช้เป็นเกราะป้องกันเพื่อใช้ในการปรับตัวได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ปริดานันต์ ประสิทธิ์เวช (2561) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การที่ บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รู้สึก ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นันทกัณชนะพันธ์ (2556) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ บุคคลรับรู้ของตนเอง ได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งเกิด จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ๆ ทำให้มี กำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพกายและใจที่ดี

แหล่งของการสนับสนุนจากสังคม

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

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) เป็นองค์ประกอบ เบื้องต้น ที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ จากครอบครัว ญาติพี่น้อง
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจาก บุคคลอื่นซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูง บุคคลได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ ที่เลวร้ายได้
3. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา (Religion organization) เป็นแหล่งของการ สนับสนุนที่เก่าแก่ดั้งเดิมในชุมชน ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่าง ๆ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดำรงชีวิต
4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health profession support) เป็นแหล่งการสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย หากเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน ไม่เพียงพอ
5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มอาชีพอื่น ๆ (Voluntary service groups and mutual health groups) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่ช่วยให้บุคคลได้ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ต่าง ๆ ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (Emotional concern) ถือเป็นด้านที่สำคัญที่สุดของการ สนับสนุนทาง สังคม รวมถึงการเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ความรัก และการเชื่อใจ ซึ่งสามารถแปลงเป็นความหมาย ใน เชิงการกระทำได้ เช่น การให้ความเคารพส่วนบุคคล มิตรภาพ การรับฟัง การแสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ
2. ด้านสิ่งของ (Instrumental aid) รวมถึงกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลได้รับตามความต้องการ ของเขา เช่น ช่วยในการทำงาน บริการ จ่ายเงินให้ เป็นต้น
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึงการให้ข้อมูลที่จะช่วย จัดการปัญหา ทั้ง ภายในและภายนอกของบุคคลได้ 4. ด้านการประเมิน (Appraisal) เป็นลักษณะหนึ่งของข้อมูลที่จะช่วยในการ สะท้อน ความคิดของอีกฝ่ายได้

ผลของการสนับสนุนทางสังคม

Lahey, & Cohen (2000) สรุปว่า จากหลายทฤษฎีที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม สามารถ แบ่งผลออกได้เป็นสามมุมมองหลักๆ ได้แก่ 1) มุมมองของความเครียดและการจัดการ (Stress and coping perspective) จัดเป็น รูปแบบที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ซึ่งสนับสนุนบุคคลเกี่ยวกับเกราะป้องกันหรือกันชน สำหรับ ผลลัพธ์ทางลบจากภาวะความเครียดที่มีการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยบุคคลในการจัดการกับผลทาง ลบ ที่บั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล 2) มุมมองของรูปแบบทางสังคม-การรับรู้ (Social-cognitive model) เป็นรูปแบบที่ศึกษา การรับรู้การสนับสนุนที่มีผลต่อความมั่นใจในตนเองและการมีตัวตน ซึ่งส่งผลต่อไปยังผลลัพธ์ ที่สำคัญ คือ สุขภาพ และคุณภาพชีวิต 3) มุมมองด้านความสัมพันธ์ (Relationship perspective) สำหรับในมุมมองนี้ มองว่า ประโยชน์จากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้มีผลอย่างมากกับคุณภาพและกระบวนการของปฏิสัมพันธ์ เช่น มิตรภาพ ความใกล้ชิด ทักษะทางสังคม และการลดความขัดแย้ง Ahmad, & Omar (2012) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนจากครอบครัวในรูปแบบที่ไม่เป็น ทางการกับประสิทธิภาพในการทำงาน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ประสิทธิภาพในการทำงานทั้งทางตรง และทางสื่อผ่านตัวแปร ความขัดแย้งในงานกับครอบครัวและ ตัวแปรความพึงพอใจในงาน

เชเฟอร์ และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก สนับสนุน รักใคร่ เชื่อมั่น และไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจน (Tangible Support) จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ 3) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำและการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลหรือให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับ พฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล

จากแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ วัตถุประสงค์ของการ ให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลนั้นด้วย โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Pender (1987) โดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ จากครอบครัว /ญาติ พี่ น้อง ระบบสนับสนุนจากเพื่อน ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และระบบสนับสนุน จากกลุ่มอื่น ๆ นำมาใช้ในการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน

1. ความหมายของผลการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน (job performance) พบว่า นักวิชาการและนักวิจัยจำนวนมากได้ให้ความหมายของผลการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกันว่าหมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในบทบาทหน้าที่และนอกบทบาทหน้าที่ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีคุณค่าและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพต่อองค์กรทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม โดยผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานจะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพ ประสิทธิภาพของบุคคลในการปฏิบัติงาน และทำให้องค์กรบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามที่องค์กรคาดหวัง

ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามผลการปฏิบัติงานให้เข้ากับบริบทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สามารถวัดและแปลผลสำหรับการวิจัยนี้ได้ดียิ่งขึ้น โดยวัดผลการปฏิบัติงานจากการประเมินผลการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานไว้เพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน

ผลการปฏิบัติงาน นับเป็นส่วนสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบุคลากรตามที่องค์กรได้ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นส่วนที่สามารถนำมาใช้พิจารณาว่าพนักงานปฏิบัติงานได้ดีเพียงใด โดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่องค์กรได้กำหนดไว้และมีการสื่อสารให้บุคลากรทราบถึงผลการประเมินการปฏิบัติงานของตนเองด้วย (Mathis, & Jackson, 2000) ซึ่งในปัจจุบันองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนต่างหันมาให้ความสำคัญในการพัฒนานโยบาย และการวางแผนกลยุทธ์สำหรับพัฒนาผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ จึงอาจกล่าวได้ว่าผลการปฏิบัติงานของบุคลากรถือเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนและเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จขององค์กรได้ และถือเป็นตัวแปรที่ได้รับการศึกษาอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้แบ่งประเภทของผลการปฏิบัติงานไว้อย่างหลากหลาย ในที่นี้ได้รวบรวมประเภทของผลการปฏิบัติงานที่สำคัญที่ผู้วิจัยนิยมใช้อ้างอิง ดังนี้

2.1 ผลการปฏิบัติงานตามแนวคิดของ Campbell

Campbell (1990) ได้แบ่งผลการปฏิบัติงานเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความชำนาญในการทำงานที่เฉพาะเจาะจง 2) ความชำนาญในการทำงานที่ไม่เฉพาะเจาะจง 3) ความชำนาญในการทำงานด้านการสื่อสารด้วยการเขียนและการสื่อสาร 4) การทุ่มเทพยายาม 5) การรักษาระเบียบวินัย 6) การเกื้อหนุนการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงานและทีม 7) การบังคับบัญชาหรือภาวะผู้นำและ 8) การจัดการหรือการบริหารงาน

ด้านความชำนาญในการทำงานที่เฉพาะเจาะจง (job specific task proficiency) หมายถึง ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งจำเป็นสำหรับตำแหน่งงานนั้น ๆ

ด้านความชำนาญในการทำงานที่ไม่เฉพาะเจาะจง (non-job specific task proficiency) หมายถึง ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งไม่เจาะจงอยู่เฉพาะตำแหน่งงานนั้น ๆ เท่านั้น

ด้านความชำนาญในการทำงานด้านการสื่อสารด้วยการเขียนและการสื่อสาร (written and oral communication task proficiency) หมายถึง ความเชี่ยวชาญในการเขียนและการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดข้อมูลต่าง ๆ ไปถึงผู้รับสาร

ด้านการทุ่มเทพยายาม (demonstrating effort) หมายถึง ความพยายาม ความอดุสาหะ และความเต็มใจในการทำงานภายใต้สถานการณ์ที่ยากลำบาก

ด้านการรักษาระเบียบวินัย (maintaining personal discipline) หมายถึง การหลีกเลี่ยงการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎระเบียบ เช่น การประพฤติผิดวินัย การขาดงาน เป็นต้น

ด้านการเกื้อหนุนการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงานและทีม (facilitating peer and team performance) หมายถึง การกระทำที่เอื้ออำนวยให้ทีมสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการบังคับบัญชาหรือภาวะผู้นำ (supervision/ leadership) หมายถึง การโน้มน้าวใจหรือมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ

ด้านการจัดการหรือการบริหารงาน (management/ administration) หมายถึง ภารกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ เช่น การควบคุมติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน การจัดการแก้ไขปัญหา เป็นต้น

2.2 ผลการปฏิบัติงานตามแนวคิดของ Borman, & Motowidlo (1993)

Borman, & Motowidlo (1993) ได้แบ่งประเภทของผลการปฏิบัติงานออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ 2) พฤติกรรมการปฏิบัติงานนอกเหนือบทบาทหน้าที่ รายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ (task performance)

พฤติกรรมในการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากองค์การ เป็นการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้ถูกระบุเอาไว้ในเอกสารบรรยายลักษณะงาน (Viswesvaran, & Ones, 2000) ซึ่งถือเป็นภารกิจที่สำคัญต่อองค์การ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อกระบวนการทำงานหลักขององค์การ เช่น การประเมินผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุตาม care plane นอกจากนั้นยังเป็น การใช้ความชำนาญและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งโดยทางตรงที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงาน หรือทางอ้อมโดยการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน

เช่น การประสานงาน การจัดเตรียมการวางแผน เป็นต้น (Van Scotter, Motowidlo, & Cross, 2000) ซึ่งจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพและบรรลุผลตามเป้าหมายตามที่องค์กรคาดหวัง

2. พฤติกรรมการปฏิบัติงานนอกเหนือบทบาทหน้าที่ (contextual performance) หมายถึง พฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่ไม่ได้ถูกระบุไว้ในเอกสารบรรยายลักษณะงานว่าเป็นหน้าที่ (Witt, Kacmar, Carlson, & Zivnuska, 2002) แต่เป็นพฤติกรรมโดยสมัครใจที่ช่วยสนับสนุนองค์การทั้งทางด้านจิตวิทยาและสังคมในการปฏิบัติงาน และเป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการช่วยเหลือการปฏิบัติงานต่อเพื่อนร่วมงาน ทีมและองค์การให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น การให้ความร่วมมือกับหัวหน้างาน การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อนร่วมงาน การให้คำแนะนำการปรับปรุงกระบวนการขององค์การ หรือแม้แต่การปกป้องเป้าหมายขององค์การและการให้ความยึดมั่นในนโยบายขององค์การแม้จะไม่ใช่วิธีที่สะดวกก็ตาม เป็นต้น (Daryoush, Silong, Omar, & Othman, 2013) ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงวินัยในตนเอง ความพากเพียร และความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามในการปฏิบัติงาน (Van Scotter et al., 2000) ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนองค์การพัฒนาและทำให้สังคมและจิตใจของพนักงานในองค์การดีขึ้น (Werner, 2000) Borman, & Motowidlo (1993) ได้จำแนกพฤติกรรมการปฏิบัติงานนอกเหนือบทบาทหน้าที่ได้ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การเป็นอาสาสมัครปฏิบัติงาน (Volunteering to carry out task activities that are not formally part of the job) โดยไม่เกี่ยวข้องกับงานในบทบาทหน้าที่ตนเอง
2. การมีความกระตือรือร้นเป็นพิเศษ (Persisting with extra enthusiasm when necessary) เมื่อมีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่
3. ให้ความช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานและผู้มาขอความช่วยเหลือ (Helping and cooperating with others) เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านการสอนงาน หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน เป็นต้น
4. ปฏิบัติตามกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติขององค์กร (Following organizational rules and procedures)
5. การให้ความร่วมมือ สนับสนุนและวัตถุประสงค์ขององค์กร (Endorsing, supporting, and defending organizational objectives)

2.3 การวัดผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการค้นหาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านองค์กรหรือสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ ความถนัด ระดับทักษะและการรับรู้บทบาทของตนเอง

และกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นปัจจัยการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในการวัดผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อพิจารณาลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) สามารถสรุปได้ว่า ความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุคือ ความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสถานที่พักอาศัย เพื่อให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุขตามวัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญญา ศรีประยูร (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง หลักสูตรกรมอนามัย และอยู่ในพื้นที่เข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2560 ในจังหวัดอ่างทอง ทั้งหมดจำนวน 47 คน ผลการวิจัยคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล บทบาทก่อนเข้ารับการอบรม ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และเจตคติการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ($p > 0.05$)

ชนายุศ คำโสม และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 180 คน ที่สุ่มจากพื้นที่นาร่อง 23 แห่งของจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ดี (ร้อยละ 98.33) ด้านที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ($= 9.03$, S.D. $= 0.85$) และด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิต ($= 7.97$, S.D. $= 1.37$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว อาชีพเกษตรกร การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 64.8 ($p\text{-value} < .001$)

จิราวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 182 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานของผู้ดูแล

ที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.9$, $SD = 0.5$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ ทักษะคิด แรงจูงใจ วิธีการทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ สถานที่ในการทำงาน นโยบายของหน่วยงาน การฝึกอบรม ผลตอบแทน สัมพันธภาพในหน่วยงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยพบว่า เครื่องมือเครื่องใช้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ และผลตอบแทน เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 37

ทวิช วงศ์ไชยชาญ, และชนะพล ศรีฤๅชา (2563) ศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,383 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับแรงจูงใจปัจจัยจูงใจปัจจัยค่าจูงและระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.89 ($S.D. = 0.45$), 3.95 ($S.D. = 0.47$), 3.84 ($S.D. = 0.48$) และ 3.84 ($S.D. = 0.47$) ตามลำดับภาพรวมของแรงจูงใจปัจจัยจูงใจปัจจัยค่าจูงมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.771$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.717$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.733$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับทั้งนี้ปัจจัยค่าจูงด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ และปัจจัยค่าจูงด้านการปกครองบังคับบัญชา ซึ่งทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 59.6 ($R^2 = 0.596$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

ปภาสินี แซ่ติ้ว และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยใช้การวิจัยแบบ Mixed Methods Research กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 107 คน ผู้ใช้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุและแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุหลังจากได้รับการอบรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.1 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 6.5 มีทักษะการปฏิบัติในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.88) มีแรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = 0.87) มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.80) มีลักษณะที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.63) มโนทัศน์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.80) มีลักษณะที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.63)

ภักฎมิ ชีเจริญและพรพรหม สุชาทร (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อความต้องการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดชุมพร วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชากรจังหวัดชุมพร จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามส่งผ่านช่องทางออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี ร้อยละ (Percentage) Independent sample t-test และ One-way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ปัญหาทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ยุพา พุชัน (2559) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ: กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 53.72 มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 21.60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด สถานภาพสมรส คู่ ประกอบอาชีพ เกษตรกร นับถือศาสนาพุทธ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ส่วนความเพียงพอของรายได้ครอบครัว พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นบุตร ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี 2) การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย อยู่ในระดับมาก ทางด้านจิตสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และทางด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทัศนคติและความเชื่อ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และการได้รับสนับสนุนจากผู้นำชุมชน อสม. และเพื่อนบ้าน ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ด้านความรู้ ทัศนคติ ทักษะในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วันเพ็ญ ตั้งสะสม (2532) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติงานและภาวะผู้นำที่มีต่อการจําแนกปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าสถานีนอมนาย ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ไม่มีผลทำให้ผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าสถานีนอมนายแตกต่างกัน

วิภาพรรณ ตระกูลสันติรัตน์, และศุภชัย ไตรไทยธีระ (2563) ศึกษาเรื่องการสร้างแรงจูงใจรับใช้สาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการภายใต้ความร่วมมือข้ามภาคส่วนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และ ยโสธร ผลการศึกษาพบว่า ผลการวิจัย พบว่า 1) แรงจูงใจรับใช้สาธารณะรวมอยู่ในระดับมาก 2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อทดสอบสมมุติฐานพบว่าหน่วยงานแต่ละสังกัดมีแรงจูงใจรับใช้สาธารณะไม่แตกต่างกัน 3) ความคิดเห็นต่อกลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจรับใช้สาธารณะอยู่ในระดับมาก ทั้งการบริหารค่าตอบแทนและการฝึกอบรมจากการสัมภาษณ์ กลยุทธ์ส่วนใหญ่ที่แต่ละสังกัดใช้คือการบริหารค่าตอบแทน และการฝึกอบรมเช่นกัน 4) ความคิดเห็นต่อกระบวนการความร่วมมือข้ามภาคส่วนอยู่ในระดับมาก รูปแบบทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การกำหนดกรอบความร่วมมือมีเฉพาะหน่วยงานราชการ การแลกเปลี่ยนทรัพยากรในหน่วยงานราชการ และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ระหว่างหน่วยงานราชการและภาคส่วนอื่น ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณ และบุคลากร และส่วนใหญ่ไม่มีการสังเคราะห์โดยถอดบทเรียนร่วมกัน

Bakker, A. B. (2015) ศึกษาเรื่อง A job demands–resources approach to public service motivation ผลการศึกษาพบว่าหากบุคลากรมีความต้องการในงานสูงแต่ขาดทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับงานจะนำไปสู่การขาดขวัญกำลังใจและทำให้ระดับแรงจูงใจรับใช้สาธารณะต่ำลง

Chuluunbaatar, E., Pu, C., & Chou, Y. J. (2017) ศึกษาเรื่อง Changes in caregiver burden among informal caregivers of stroke patients in Mongolia ผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงภาระการดูแลของผู้ดูแลนอกระบบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศมองโกเลีย พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาระการดูแลและบทบาทของผู้ดูแล

Muraki, I. et al. ศึกษาเรื่อง Caregiver burden for impaired elderly Japanese with prevalent stroke and dementia under long-term care insurance system กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านชาวญี่ปุ่น ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นสมาชิกภายใต้การดูแลของการประกันการดูแลระยะยาว จำนวน 916 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสัมภาษณ์ ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่าจากการวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยของ Zarit (Zarit Burden Interview: ZBI) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง (P-value = 0.02) และสูงกว่า

40% ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ (p<0.001) เมื่อเทียบกับ non-stroke ผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติ คะแนนรวมเฉลี่ยสูงขึ้น 21% % ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีความผิดปกติ (P-value = 0.01) สูงขึ้น 49% ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติ (p<0.001) และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติสูงขึ้น 55% (p<0.001) สรุปคือโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสมองเสื่อมที่รุนแรงสัมพันธ์กับการเพิ่มภาวะผู้ดูแลครอบครัว ในบรรดาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม การเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้เพิ่มภาวะผู้ดูแล

Ritz, A., Brewer, G. A., & Neumann, O. (2016) ศึกษาเรื่อง Public service motivation: A systematic literature review and outlook ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานราชการควรใช้วิธีการบริหารจัดการเพื่อมุ่งให้เกิดแรงจูงใจรับใช้สาธารณะในระดับที่สูงขึ้นและควรใช้ระบบรางวัลตอบแทนแทนการจ่ายตามผลงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และจำนวนผู้สูงอายุในการดูแล 2) ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน 3)ทัศนคติเกี่ยวกับงานที่ทำ 4) ปัจจัยจูงใจ ประกอบไปด้วย การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความพอใจค่าตอบแทน สัมพันธภาพในการทำงานและนโยบายการทำงาน 5) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนจากชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยจากการทำทบทวนวรรณกรรมนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮิร์ซเบิร์ก และคณะ ทฤษฎีการจูงใจในการทำงานของ Frederick Herzberg แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Pender (1987) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ นำมาประยุกต์เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพิษณุโลก ในการดำเนินการวิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2566 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,195 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

1. กำหนดลักษณะตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย
 - 1.1 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาในการให้ข้อมูล
 - 1.2 เป็นผู้ที่ยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
 - 1.3 เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อย 1 ปี
2. กำหนดลักษณะตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย
 - 2.1 ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย
 - 2.2 มีปัญหาสุขภาพระหว่างให้ข้อมูล

2.3 ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Daniel (2010)

$$\text{จากสูตร } n = \frac{Z^2 \alpha / 2NP(1-p)}{Z^2 \alpha / 2P(1-P) + (N-1)d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ
 N = ขนาดประชากร
 $Z \alpha / 2$ = 1.96 เมื่อ เท่ากับ 0.05
 $P\text{-VALUE}$ = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร
 (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $P\text{-value} = 0.5$)
 d = ความคลาดเคลื่อน = 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2 (1,195) (0.5) (1-0.5)}{(1.96)^2 (0.5) (1-0.5) + (1,195-1) (0.05)^2}$$

$$\approx 291$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 291 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยบวกเพิ่มอีก 10% ดังนั้น จะเก็บแบบสัมภาษณ์ จำนวน 320 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ หรือแบบอาศัยความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งประชากรออกเป็น 9 อำเภอ ใช้วิธีจับสลากเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอดุสิต อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอบางกระทุ่ม และอำเภอพรหมพิราม

ขั้นตอนที่ 2 นำมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ โดยใช้การเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอกับจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 3 นำรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุตามทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละอำเภอ มาจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling Without Replacement)

ตาราง 1 แสดงประชากร และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละอำเภอ ในจังหวัดพิษณุโลก

ชื่ออำเภอ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดในอำเภอ	จำนวนโควตา
วัดโบสถ์	103	57
เมืองพิษณุโลก	219	120
บางกระทุ่ม	71	39
พรหมพิราม	189	104
รวม	582	320

นำรายชื่อที่สุ่มได้มาจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปใช้ในการจัดเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามแบบให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล การฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ โดยเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามแบบเติม จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก และด้านลบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ถูกต้อง	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่มีความคิดเห็นกับข้อความนั้น
ไม่ถูกต้อง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยความคิดกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึง ข้อคำถามที่อธิบายถึงความเห็นเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถูกต้อง	ให้	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	9 คะแนน
ไม่ถูกต้อง	ให้	0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านลบ ข้อคำถามที่อธิบายถึงความเห็นเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถูกต้อง	ให้	0 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	9 คะแนน
ไม่ถูกต้อง	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายแบบสอบถามความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน การกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยเพื่อการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ดังนี้ (Best, 1977 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ และคณะ, 2555)

1-5 คะแนน	=	ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ระดับต่ำ
6-10 คะแนน	=	ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ระดับปานกลาง
11-15 คะแนน	=	ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นตรงกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-60 คะแนน การกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยเพื่อการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ดังนี้ (Best, 1977 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ และคณะ, 2555)

1-20 คะแนน	=	ทัศนคติระดับต่ำ
21-40 คะแนน	=	ทัศนคติระดับปานกลาง
41-60 คะแนน	=	ทัศนคติระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการประเมินแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก และด้านลบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นตรงกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงปัจจัยเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายแบบสอบถามปัจจัยเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-60 คะแนน การกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยเพื่อแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ดังนี้ (Best, 1977 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ และคณะ, 2555)

1-20 คะแนน	=	ปัจจัยเชิงบวกต่ำ
21-40 คะแนน	=	ปัจจัยเชิงบวกปานกลาง
41-60 คะแนน	=	ปัจจัยเชิงบวกสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม และศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการประเมินปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ

- | | |
|---|-------------|
| 1. การสนับสนุนจากครอบครัว | จำนวน 3 ข้อ |
| 2. การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน | จำนวน 3 ข้อ |
| 3. การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข | จำนวน 3 ข้อ |
| 4. การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | จำนวน 3 ข้อ |

แบบสอบถามปัจจัยปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก และด้านลบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นตรงกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงปัจจัย
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงปัจจัย
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายแบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่
มีภาวะพึ่งพิง จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-48 คะแนน การกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยเพื่อการแปล
ความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ดังนี้
(Best, 1977 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ และคณะ, 2555)

1-16 คะแนน = ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

17-32 คะแนน = ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกลาง

33-48 คะแนน = ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม และ
ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ
ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ

2. ด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ

3. ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ

4. ด้านที่พักอาศัย จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านบวก และด้านลบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นตรงกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านบวก หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามในด้านลบ หมายถึงข้อคำถามที่อธิบายถึงปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-80 คะแนน การกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยเพื่อการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ดังนี้ (Best, 1977 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ และคณะ, 2555)

1-40 คะแนน	=	ผลการปฏิบัติงานต่ำ
41-60 คะแนน	=	ผลการปฏิบัติงานปานกลาง
61-80 คะแนน	=	ผลการปฏิบัติงานสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง การครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัดกรอบแนวคิด และความเหมาะสมทางภาษา เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective Congruence= IOC) พิจารณาใช้คำถามรายชื่อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งแบบสอบถามที่ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาการวิจัย ผู้วิจัยจะนำไปปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ (Davis, 1992; Lynn, 1986)

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ทำการทดสอบเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลบึงกอก จำนวน 30 คน ทำการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Coefficient Alpha) ≥ 0.7 (Waltz, 2005)

ตาราง 2 แสดงผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม	ค่า IOC	Reliability
ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.00	0.97
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.00	0.95
ปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.00	0.91
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.00	0.95
ผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.00	0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อขอลงพื้นที่
3. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลกับสาธารณสุขอำเภอ
4. ผู้วิจัยชี้แจงการตอบแบบสอบถามและแจกแบบสอบถามให้แก่อาสาสมัคร

5. อาสาสมัครพิจารณาก่อนลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อเสร็จแล้วให้วางรวมกันที่จุดใดจุดหนึ่ง

6. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามกลับมาตรวจสอบความสมบูรณ์และดำเนินการลงรหัส (Coding) เพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ Multiple linear Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข IRB No. P2-0466/2566 ลงวันที่ 8 มีนาคม 2567 หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว นำเสนอต่อคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอหนังสืออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบสาธารณสุขอำเภอเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้นก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจง กับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองและให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ซึ่งในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้การบรรยายประกอบตาราง ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยจูงใจ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านที่พึงอาศัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 320)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	31	9.70
หญิง	289	90.30
รวม	320	100
2.อายุ		
≤ 40 ปี	48	15.00
41-50 ปี	86	26.90
51-60 ปี	129	40.30
61-70 ปี	50	15.60
≥ 71 ปี	7	2.20
รวม	320	100
$\bar{X} = 51.75$, S.D = 9.905, Max = 74, Min = 23		
3.สถานภาพสมรส		
โสด	43	13.40
สมรส	221	69.10
หม้าย /หย่าร้าง/แยกกันอยู่	55	17.20
อื่นๆ	1	0.30
รวม	320	100
4.ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0
ประถมศึกษา	96	30.00
มัธยมศึกษา	184	57.50
อนุปริญญา	22	6.90
ปริญญาตรี	17	5.30
ปริญญาโทขึ้นไป	1	0.30
รวม	320	100

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5.อาชีพหลัก		
รับจ้าง	104	32.50
เกษตรกร	149	46.60
แม่บ้าน	26	8.10
ค้าขาย	26	8.10
รัฐวิสาหกิจ	1	0.30
ข้าราชการบำนาญ	2	0.60
ว่างงาน	8	2.50
อื่นๆ	4	1.30
รวม	320	100
6.รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
≤3,500 บาท/เดือน	43	13.44
3,501-7,000 บาท/เดือน	129	40.31
7,001-10,500 บาท/เดือน	97	30.31
10,501-14,000 บาท/เดือน	11	3.44
≥14,001 บาท/เดือน	40	12.50
$\bar{X} = 8300.31$, S.D = 5782.08, Max = 50000, Min = 1000		
7.ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1 ปี	51	15.90
2 ปี	27	8.40
3 ปี	25	7.80
4 ปี	38	11.90
5 ปี	45	14.10
≥5 ปี	134	41.90
รวม	320	100
$\bar{X} = 5.51$, S.D = 4.265, Max = 8 Min = 1		

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8.จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล		
≤1	54	16.90
1-2	93	29.10
3-4	104	32.50
≥5	69	21.60
รวม	320	100
$\bar{X} = 3.92, S.D = 2.458, \text{Max} = 15 \text{ Min} = 1$		
9.ได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้		
เคย	237	74.1
ไม่เคย	83	25.9
รวม	320	100

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้
 ปัจจัยด้านเพศของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3
 ปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 51.75 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 74 ปี
 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3

ปัจจัยด้านสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ระดับอยู่ในช่วงมัธยมศึกษา จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6

ปัจจัยด้านอาชีพหลัก อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 149 คน ร้อยละ 46.6

ปัจจัยด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3501-7000 บาทต่อเดือน จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 40.31

ปัจจัยด้านระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ≥5 ปี จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 41.9

ปัจจัยด้านจำนวนผู้สูงอายุในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง 1-5 คน จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 78

ปัจจัยด้านเคยได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 74.1

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ (n = 320)

ระดับความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ระดับต่ำ	4	1.30
ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ระดับปานกลาง	109	34.10
ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ระดับสูง	207	64.70
$\bar{X} = 10.96$, S.D = 1.80, Max = 14, Min = 2		

จากตาราง 4 พบว่า ระดับความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.96 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.80 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนน

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 320)

ข้อความ	ตอบถูก (จำนวน/ ร้อยละ)	ตอบผิด (จำนวน/ ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (จำนวน/ ร้อยละ)
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL > 11 คะแนน	107 (33.4)	183 (57.2)	30 (9.4)
2. การวัดอุณหภูมิร่างกายผู้สูงอายุ ถ้าสูงกว่า 37.5° C ถือว่ามีไข้	293 (91.6)	17 (5.3)	10 (3.1)

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก (จำนวน/ ร้อยละ)	ตอบผิด (จำนวน/ ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (จำนวน/ ร้อยละ)
3.อาหารของผู้สูงอายุควรมีความอ่อนและนุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุเคี้ยวได้ง่าย	311 (97.2)	6 (1.9)	3 (0.9)
4. การเพิ่มปริมาณของยาให้ผู้สูงอายุจะช่วยให้อาการป่วยหายไวขึ้น	273 (85.3)	13 (4.1)	34 10.6
5. การที่ผู้สูงอายุรับประทานยาละลายบด ๆ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวดีขึ้น ช่วยลดอาการท้องผูก	239 (74.4)	35 (10.9)	46 (14.4)
6. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว สามารถออกกำลังกายได้	280 (87.5)	13 (4.1)	27 (8.4)
7. ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเสี่ยงเป็นโรคหัวใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย	208 (65.0)	39 (12.2)	73 (22.8)
8. แบบคัดกรอง 2Q ใช้คัดกรองเพื่อค้นหาอาการโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	205 (64.1)	82 (25.6)	33 (10.3)
9. ผู้สูงอายุที่มีคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ≥ 7 คะแนน มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย	184 (57.5)	34 (10.6)	102 (31.9)
10. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ สามารถแสดงออกทางร่างกายโดยการเจ็บป่วยไม่สบายได้	275 (85.9)	13 (4.1)	32 (10.0)
11. ห้องนอนของผู้สูงอายุควรมีแสงสว่างน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุพักผ่อนเต็มที่	188 (58.8)	94 (29.4)	38 (11.9)
12. บ้านที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ต้องมีราวจับบันไดหรือราวจับ	317 (99.1)	2 (0.6)	1 (0.3)
13. ห้องน้ำผู้สูงอายุ ต้องมีแผ่นกันลื่นวางไว้ เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหกล้ม	3 (0.9)	312 (97.5)	5 (1.6)
14. บ้านผู้สูงอายุ ต้องจัดพื้นที่ให้โล่ง ไม่มีข้าวของบนพื้น	310 (96.9)	2 (0.6)	8 (2.5)
15. ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท จะช่วยลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ	313 (97.8)	1 (0.3)	6 (1.9)

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อที่ 12 บันไดที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ต้องมีราวบันไดหรือราวจับ (ร้อยละ 99.1) รองลงมาคือ ข้อที่ 15 ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 97.8) และข้อที่ 14 บ้านผู้สูงอายุ ต้องจัดพื้นที่ให้โล่ง ไม่มีข้าวของบนพื้น (ร้อยละ 96.9) ตามลำดับ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 13 ห้องน้ำผู้สูงอายุ ต้องมีแผ่นกันลื่นวางไว้ เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหกล้ม (ร้อยละ 0.9)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวม
(n = 320)

ระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1-20)	0	0
ทัศนคติระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 21-40)	73	22.80
ทัศนคติระดับสูง (ช่วงคะแนน 41-60)	247	77.20
$\bar{X}$ = 49.14, S.D = 5.773, Max = 60, Min = 31		

จากตาราง 6 พบว่า ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 247 คน ร้อยละ 77.20 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติรวม เท่ากับ 49.14 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.773 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 31 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง
(n = 320)

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความความคิดเห็น				$\bar{x}$ (S.D)
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)				
1. ท่านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เวลาเจ็บป่วย ต้องดูแลเอาใจใส่เป็นภาระมาก	228 (71.3)	46 (14.4)	35 (10.9)	11 (3.4)	3.53 (0.82)
2. การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความค่า ทำทนายและน่าสนใจ	103 (32.2)	182 (56.9)	25 (7.8)	10 (3.1)	3.18 (0.70)
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิด เมื่อต้องรับฟังปัญหาจากผู้สูงอายุ	227 (70.9)	49 (15.3)	19 (5.9)	25 (7.8)	3.49 (0.92)
4. ท่านรู้สึกว่าดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมให้การยอมรับ	123 (38.4)	159 (49.4)	18 (6.3)	20 (6.3)	3.20 (0.81)
5. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อเห็นผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบายทางกายหรือใจ	157 (49.1)	152 (47.5)	7 (2.2)	4 (1.3)	3.44 (0.61)
6. ท่านคิดว่าเป็นการสายเกินไปในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้	130 (40.6)	61 (19.1)	94 (29.4)	35 (10.9)	2.89 (1.06)
7. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลและเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น	199 (62.2)	117 (36.6)	2 (0.6)	2 (0.6)	3.60 (0.54)
8.ท่านคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความค่าของสังคม	148 (46.3)	163 (50.9)	6 (1.9)	3 (0.9)	3.43 (0.58)
9. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำบุญ	144 (45.0)	134 (41.9)	23 (7.2)	19 (5.9)	3.26 (0.83)
10. ท่านคิดว่าความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ ต่อตนเอง และครอบครัว	186 (58.1)	120 (37.5)	7 (2.2)	7 (2.2)	3.52 (0.65)

ตาราง 7 (ต่อ)

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความความคิดเห็น				$\bar{x}$ (S.D)
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย	
	มากที่สุด				
	จำนวน (ร้อยละ)				
11. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านมีรายได้เพียงพอ ในการดำรงชีวิต	31 (9.7)	96 (30.0)	111 (34.7)	82 (25.6)	2.23 (0.95)
12. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ	172 (53.8)	75 (23.4)	52 (16.3)	21 (6.6)	3.24 (0.96)
13. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นเมื่อได้ดูแลผู้สูงอายุ	144 (45.0)	160 (50.0)	11 (3.4)	5 (1.6)	3.38 (0.63)
14. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ยากเกินความสามารถของท่าน	183 (57.2)	73 (22.8)	47 (14.7)	17 (5.3)	3.32 (0.92)
15.ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวไม่ใช่ความคิดที่ดี	208 (65.0)	51 (15.9)	46 (14.4)	15 (4.7)	3.41 (0.91)

จากตาราง 7 พบว่า ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รายข้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.60, S.D = 0.54) คือ ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลและเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}$ = 2.23, S.D = 0.95) คือ ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านมีรายได้เพียงพอ ในการดำรงชีวิต

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงจิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับปัจจัยเชิงจิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-20)	0	0
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 21-40)	124	38.8
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 41-60)	196	61.3
$\bar{X} = 48.96$, S.D = 5.81, Max = 60 Min = 32		

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง จำนวน 196 คน ร้อยละ 61.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเท่ากับ 48.96 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.81 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 32 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการยอมรับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 320)

การได้รับการยอมรับ	ระดับความความคิดเห็น				$\bar{X}$ (S.D.)
	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย เลย	ไม่เห็นด้วย เลย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ และยอมรับในตัวท่าน	131 (40.9)	179 (55.9)	10 (3.1)	0 (0)	3.38 (0.55)
2. ท่านได้รับการยอมรับในผลการปฏิบัติงานจากผู้สูงอายุ	140 (43.8)	168 (52.5)	11 (3.4)	1 (0.3)	3.40 (0.57)
3. ท่านได้รับโอกาสที่จะแสดงศักยภาพในการปฏิบัติงานจากผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ	113 (35.3)	199 (62.2)	7 (2.2)	1 (0.3)	3.33 (0.53)

ตาราง 9 (ต่อ)

การได้รับการยอมรับ	ระดับความความคิดเห็น				$\bar{x}$ (S.D.)
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)				
4.ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายตรงกับความรู้ความสามารถของท่าน	110 (34.4)	195 (60.9)	15 (4.7)	0 (0)	3.30 (0.55)
5.ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติมีความเป็นอิสระในการแสดงความเห็นระหว่างการทำงาน	96 (30.0)	197 (61.6)	27 (8.4)	0 (0)	3.22 (0.58)
6.ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติมีความท้าทายทำให้ท่านมีความกระตือรือร้นในการทำงาน	114 (35.6)	190 (59.4)	14 (4.4)	2 (0.6)	3.30 (0.58)
7.ท่านได้รับค่าตอบแทนเหมาะสมกับความรู้ความสามารถและประสบการณ์	55 (17.2)	182 (56.9)	69 (21.6)	14 (4.4)	2.87 (0.74)
8.ท่านคิดว่าค่าตอบแทนมีความเหมาะสมกับภาระการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย	44 (13.8)	190 (59.4)	66 (20.6)	20 (6.3)	2.81 (0.75)
9. ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับในปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ท่านปฏิบัติงานกับองค์กรนี้ต่อไป	63 (19.7)	171 (53.4)	59 (18.4)	27 (8.4)	2.84 (0.84)
10.ท่านคิดว่าการมีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็วและประสบความสำเร็จมากขึ้น	158 (49.4)	153 (47.8)	6 (1.9)	3 (0.9)	3.46 (0.59)
11.ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้สูงอายุ	142 (44.4)	168 (52.5)	8 (2.5)	2 (0.6)	3.41 (0.57)
12.เมื่อท่านมีปัญหาเพื่อนร่วมงานจะคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือท่านได้	152 (47.5)	154 (48.1)	10 (3.1)	4 (1.3)	3.42 (0.62)
13. มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน	150 (46.9)	165 (51.6)	4 (1.3)	1 (0.3)	3.45 (0.54)
14. มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบและภาระงานที่ชัดเจน	151 (47.2)	162 (50.6)	6 (1.9)	1 (0.3)	3.45 (0.55)
15. มีการกำหนดค่าตอบแทนที่ชัดเจน	135 (42.2)	165 (51.6)	17 (5.3)	3 (0.9)	3.35 (0.63)

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระดับแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.45$, S.D = 0.55) คือ มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ และภาระงานที่ชัดเจนและรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.84$, S.D = 0.84) คือ ค่าตอบแทน และสวัสดิการที่ได้รับในปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ท่านปฏิบัติงานกับองค์กรนี้ต่อไป

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 10 แสดงปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนต่ำ (ช่วงคะแนน 1-16)	1	0.30
แรงสนับสนุนปานกลาง (ช่วงคะแนน 17-32)	93	29.10
แรงสนับสนุนสูง (ช่วงคะแนน 33-48)	226	70.60
$\bar{X} = 40.58$, S.D = 5.01, Max = 48 Min = 16		

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จำนวน 226 คน โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 40.58 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.01 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 16 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม
ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 320)

การสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความความคิดเห็น				$\bar{x}$ (S.D.)
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)				
1.ครอบครัวของท่านมีความยินดี และสนับสนุนให้ท่านทำงานในหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	136 (42.5)	175 (54.7)	17 (5.3)	1 (0.3)	3.39 (0.56)
2.ท่านได้รับคำยกย่องชื่นชมจากครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	101 (31.6)	202 (63.1)	17 (5.3)	0 (0)	3.26 (0.55)
3.ท่านสามารถระบายความรู้สึกเมื่อพบกับปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบครัวฟังได้	99 (30.9)	165 (51.6)	31 (9.7)	25 (7.8)	3.06 (0.85)
4.ท่านคิดว่าการมีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแล ผู้สูงอายุ ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็ว และประสบความสำเร็จมากขึ้น	133 (41.6)	176 (55.0)	10 (3.1)	1 (0.3)	3.38 (0.56)
5.ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานใน การดูแลผู้สูงอายุ	133 (41.6)	177 (55.3)	8 (2.5)	2 (0.6)	3.38 (0.57)
6.เมื่อท่านมีปัญหาเพื่อนร่วมงานจะคอยให้คำปรึกษา และช่วยเหลือท่านได้	142 (44.4)	168 (52.5)	9 (2.8)	1 (0.3)	3.41 (0.56)
7.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุให้กับท่านได้ เมื่อท่านต้องการ	209 (65.3)	108 (33.8)	2 (0.6)	1 (0.3)	3.64 (0.51)
8.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมช่วยแก้ไขปัญหาคือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ	208 (65.0)	111 (34.7)	0 (0)	1 (0.3)	3.64 (0.50)
9.ท่านได้รับการมีการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานและติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างใกล้ชิด	198 (61.9)	116 (36.3)	4 (1.3)	2 (0.3)	3.59 (0.55)

ตาราง 11 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความความคิดเห็น				$\bar{x}$ (S.D.)
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)				
10. ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	152 (47.5)	147 (45.9)	20 (6.3)	1 (0.3)	3.41 (0.62)
11. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	121 (37.8)	161 (50.3)	28 (8.8)	10 (3.1)	3.23 (0.74)
12. ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	122 (38.1)	148 (46.3)	39 (12.2)	11 (34.1)	3.19 (0.78)

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 0.50$) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุให้กับท่านได้ เมื่อท่านต้องการและรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.06$, $SD = 0.85$) คือ ท่านสามารถระบายความรู้สึกเมื่อพบกับปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบครัวฟังได้

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ด้าน
คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านที่พักอาศัย

ตาราง 12 แสดงผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลการปฏิบัติงานต่ำ (ช่วงคะแนน 1-40)	6	1.9
ผลการปฏิบัติงานปานกลาง (ช่วงคะแนน 41-60)	191	59.7
ผลการปฏิบัติงานสูง (ช่วงคะแนน 60-80)	123	38.4
$\bar{X} = 59.05$, $S.D = 10.45$, $Max = 80$, $Min = 31$		

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 191 คน ร้อยละ 59.7 รองลงมาคือผลการปฏิบัติงานสูง จำนวน 123 คน ร้อยละ 38.4 และผลการปฏิบัติงานต่ำ จำนวน 6 คน ร้อยละ 1.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 59.05 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.45 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 31 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ด้านร่างกาย จำแนกรายข้อ (n = 320)

ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	การปฏิบัติ				$\bar{x}$
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย	
	(4)	(3)	(2)	(1)	
	จำนวน (ร้อยละ)				
1.ท่านประเมินคัดกรองสุขภาพร่างกายเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ	81 (25.3)	143 (44.7)	96 (30.0)	0 (0)	2.95 (0.74)
2.ท่านดูแลความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุ	67 (20.9)	126 (39.4)	116 (36.3)	11 (3.4)	2.78 (0.81)
3.ท่านดูแลการรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง เหมาะสม	65 (20.3)	146 (45.6)	97 (30.3)	12 (3.7)	2.93 (1.86)
4.ท่านดูแลผู้สูงอายุให้พักผ่อนอย่างเหมาะสม	63 (19.7)	165 (51.6)	89 (27.8)	3 (0.9)	2.90 (0.71)
5.ท่านดูแลด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ	61 (19.1)	142 (44.4)	115 (35.9)	2 (0.6)	2.82 (0.74)
6.ท่านประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ	91 (28.4)	139 (43.4)	88 (27.5)	2 (0.6)	3.00 (0.77)

ตาราง 13 (ต่อ)

ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	การปฏิบัติ				$\bar{x}$
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
	มาก	มาก	น้อย		
	(4)	(3)	(2)	(1)	
	จำนวน (ร้อยละ)				
7.ท่านรับฟังผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุต้องการระบายความรู้สึกหรือคับข้องใจ	97 (30.3)	175 (54.7)	46 (14.4)	2 (0.6)	3.15 (0.67)
8.ท่านฝึกให้ผู้สูงอายุมีทักษะจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม	76 (23.8)	155 (48.4)	87 (27.2)	2 (0.6)	2.95 (0.73)
9.ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ใส่บาตร ฟังธรรม ไปวัด โบสถ์หรือมัสยิด	76 (23.8)	137 (42.8)	96 (30.0)	11 (3.4)	2.87 (0.81)
10.เมื่อพบความผิดปกติด้านจิตใจ ท่านส่งต่อประสานหน่วยงานให้ความช่วยเหลือได้ตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ	113 (35.3)	144 (45.0)	56 (17.5)	7 (2.2)	3.13 (0.77)
11.ท่านมีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน	126 (39.4)	151 (47.2)	42 (13.1)	1 (0.3)	3.26 (0.69)
12.ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสวัสดิการด้านรายได้ต่อเนื่อง	64 (20.0)	114 (35.6)	114 (35.6)	28 (8.8)	2.67 (0.89)
13.ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรืออื่น ๆ	66 (20.6)	139 (43.4)	96 (30.0)	19 (5.9)	2.79 (0.84)
14.ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน	69 (21.6)	127 (39.7)	106 (33.1)	18 (5.6)	2.77 (0.85)

ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	การปฏิบัติ				$\bar{x}$
	เห็น	เห็น	เห็น	ไม่เห็น	
	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย	
	มาก	มาก	น้อย		
	ที่สุด				
	(4)	(3)	(2)	(1)	
จำนวน (ร้อยละ)					
15.ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ในชุมชน	76 (23.8)	159 (49.7)	83 (25.9)	2 (0.6)	2.97 (0.72)
16.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มั่นคง แข็งแรง และปลอดภัย	67 (20.9)	160 (50.0)	86 (26.9)	7 (2.2)	2.90 (0.75)
17.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ไม่ให้เสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น พื้นบ้านไม่ลื่น มีไฟสว่าง สิ่งของวางเป็นระเบียบ เป็นต้น	96 (30.0)	154 (48.1)	65 (20.3)	5 (1.6)	3.07 (0.75)
18.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มีการ ระบายอากาศอย่างเหมาะสม	94 (29.4)	161 (50.3)	61 (19.1)	4 (1.3)	3.08 (0.73)
19.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้ ปราศจากขยะมูลฝอยและสัตว์นำโรค	84 (26.3)	164 (51.2)	70 (21.9)	2 (0.6)	3.03 (0.71)
20.ท่านประเมิน อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และจุดเสี่ยงในที่ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ	81 (25.3)	178 (55.6)	57 (17.8)	4 (1.3)	3.05 (0.69)

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.15$, S.D = 0.67) ท่านรับฟังผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุต้องการและรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.67$, S.D = 0.89) คือ ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสวัสดิการด้านรายได้ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อดังนี้

1. จากการตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อน พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ โดยจากภาพพล็อตกราฟ Normal P-P plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีแนวโน้มเป็นเส้นตรง ตัวทำนายแต่ละตัวและตัวแปรเกณฑ์มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรตัวแปรพยากรณ์พบว่า มีลักษณะต่อเนื่อง โดยค่าRegression Standardized Residual และค่าRegression Standardized Predictive Value มีการกระจายอยู่รอบๆ 0
3. การตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.976 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5 - 2.5) จึงสรุปได้ว่าตัวแปรที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง
4. จากตาราง One-Sample Test ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e) = 0$)
5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) จากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่า ค่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity โดยมีค่าTolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.984 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.002 ไม่เกิน 10

สรุปผลการตรวจสอบเบื้องต้น (Assumption) ทั้ง 5 ข้อ ผ่านเกณฑ์พิจารณา ดังนั้นจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้

ตาราง 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ อำนาจการพยากรณ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิด แรงใจ สถานภาพสมรสและการได้รับการฟื้นฟูความรู้ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก (Stepwise)

ตัวแปร	R ² change	β	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.305	0.697	0.334	4.746	< 0.001*
ทักษะคิด	0.026	0.281	0.155	3.113	< 0.001*
แรงใจ	0.014	0.329	0.183	2.613	< 0.001*
สถานภาพสมรส	0.010	1.693	0.091	2.016	< 0.001*
R square = 0.602, Adjusted R square = 0.352, F = 0.031, p-value < 0.001					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 14 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรกคือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.305 แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 30.50 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 2 คือ ทักษะคิด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก 0.026 แสดงว่าทักษะคิด มีส่วนสำคัญในการทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 2.60 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ แรงใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น 0.014 แสดงว่า แรงใจ มีส่วนสำคัญในการทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 1.40 ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 4 คือ สถานภาพสมรส โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น 0.010 แสดงว่า สถานภาพสมรส มีส่วนสำคัญในการทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 1.00 แต่เมื่อตัวแปรทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอนเพื่อหาตัวแปรทำนายจึงยุติลงในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ได้

เส้นถดถอยที่ดีที่สุด นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิด แรงจูงใจ และสถานภาพสมรสของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลกได้ ร้อยละ 35.2 และสามารถสร้าง สมการทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Y = 0.334 + 0.155 + 0.183 + 0.091$$

$$Z = 0.697 + 0.281 + 0.329 + 1.693$$

ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 เพราะในหน่วยงานมีการให้บริการอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับผลการ ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.697 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การปฏิบัติงานของผู้ดูแล ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเพิ่มขึ้น 0.697 หน่วย

ทัศนคติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.281 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนทัศนคติของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเพิ่มขึ้น 0.281 หน่วย

แรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.329 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงจูงใจของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเพิ่มขึ้น 0.329 หน่วย

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 1.693 หมายความว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีสถานภาพสมรสคู่

มีการปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่โสดหรือหย่าร้างการได้รับการฟื้นฟู

เมื่อเรียงลำดับความสามารถในการพยากรณ์โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มากที่สุดคือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\beta = 0.697$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ทศนคติ ($\beta = 0.281$, $p\text{-value} < 0.001$) แรงจูงใจ ($\beta = 0.329$, $p\text{-value} < 0.001$) และสถานภาพสมรส ($\beta = 1.693$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ



บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก โดยตัวแปรอิสระที่ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล การฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ทักษะจิต ปัจจัยเชิงใจ ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความพอใจในค่าตอบแทน สัมพันธภาพในการทำงาน และนโยบายการทำงาน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแปรตามที่ศึกษา การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 320 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis) มีการสรุปผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดมาจากทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ชเบิร์ก และคณะ ได้แก่ 1) ปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านจูงใจในการปฏิบัติงาน

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.75 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 74 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมัธยมศึกษา ระดับการศึกษาสูงสุด

อยู่ในช่วงปริญาโท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากอยู่ในช่วง 3,501-7,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุส่วนมาก ≥ 5 ปี มีจำนวนผู้สูงอายุในการดูแลส่วนมากอยู่ในช่วง 1-5 คน และในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน

พบว่า ระดับความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน ที่ทำของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.96 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.80 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนน

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติ

พบว่า ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.20 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.14 อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.773 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 31 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลและเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นและข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านมีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยจูงใจ

พบว่า ระดับปัจจัยจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.96 อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.81 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 32 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 32 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบและภาระงานที่ชัดเจน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับในปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ท่านปฏิบัติงานกับองค์กรนี้ต่อไป

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

พบว่า ระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.58 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.01 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 16 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุให้กับท่านได้ เมื่อท่านต้องการและรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสามารถระบายความรู้สึกเมื่อพบกับปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบครัวฟังได้

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านผลการปฏิบัติงาน

พบว่า ผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 59.05 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.45 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 31 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 86 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือท่านรับฟังผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุต้องการ และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสวัสดิการด้านรายได้ต่อเนื่อง

7. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value} < 0.001$) ทักษะ (p-value < 0.001) แรงจูงใจ ($p\text{-value} < 0.001$) และสถานภาพสมรส ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา มาอภิปรายผลตามแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ระดับของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.70 ($\bar{X} = 59.05$, S.D = 10.45) ซึ่งสอดคล้องกับผลการการศึกษาของจิรวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.90 ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอนก กลิ่นรส (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง พบว่า ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตำบลโคกชะงาย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.13 ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนายุส คำโสมและคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 98.33) และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีช วงศ์ไชยชาญ (2561) ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องด้วยนโยบาย

การปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันเช่น นโยบายของผู้บริหาร การปกครองบังคับบัญชา และค่าตอบแทนจึงทำให้ระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกัน

สำหรับปัจจัยที่พบว่า ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทศนคติ แรงจูงใจ และสถานภาพสมรส ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นมาจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่คอยช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนงบประมาณ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ได้มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Schermerhorn et al. (1991) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากองค์กรในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสอดคล้องกับ แนวคิดของ Mc Leroy¹³ ที่อธิบายการปฏิบัติงานของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายระดับ ทั้งจากภายในตน ระหว่างบุคคล และจากองค์กรและเครือข่ายสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนาวุธ คำโสม และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า การติดตามงานจากผู้จัดการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพา พูชื่น (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง พบว่า การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chuluunbaatar et al. (2017) ศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงภาระการดูแลของผู้ดูแลนอกระบบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศมองโกเลีย พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาระการดูแลและบทบาทของผู้ดูแล

ทัศนคติ มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการแสดงออกพฤติกรรมที่ดี และการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นคนอาศัยอยู่ในชุมชน เห็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ไม่สุขสบายทางร่างกายหรือจิตใจ จึงรู้สึกเห็นใจอยากช่วยเหลือ จึงทำให้การปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลได้ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปฏิบัติงานของ Schermerhorn et al. (1991)

กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ทัศนคติความต้องการ บุคลิกภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพา พูซิ่น (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมือง จังหวัดลำปาง พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ จีราวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงจูงใจ มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bakker(2015) ซึ่งพบว่าหากบุคลากรมีความต้องการในงานสูงแต่ขาดทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับงานจะนำไปสู่การขาดขวัญกำลังใจ และทำให้ระดับแรงจูงใจรับใช้สาธารณะต่ำลง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Brewer, & Neumann (2016) ที่ว่าหน่วยงานราชการควรใช้วิธีการบริหารจัดการเพื่อมุ่งให้เกิดแรงจูงใจรับใช้สาธารณะ ในระดับที่สูงขึ้นและควรใช้ระบบรางวัลตอบแทนแทนการจ่ายตามผลงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวิช วงศ์เชยชาญ, และชนะพล ศรีฤชา ศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน เช่น นโยบายของผู้บริหารการปกครองบังคับบัญชาและค่าตอบแทนและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาพรรณ ตระกูลสันติรัตน์, และศุภชัย ไตรไทยธีระ (2563) ศึกษาเรื่องการสร้างแรงจูงใจรับใช้สาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการ ภายใต้ความร่วมมือข้ามภาคส่วน ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และยโสธร ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือข้ามภาคส่วนอยู่ในระดับมาก รูปแบบทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การกำหนดกรอบความร่วมมือมีเฉพาะหน่วยงานราชการ การแลกเปลี่ยนทรัพยากรในหน่วยงานราชการ และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงานราชการและภาคส่วนอื่น ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณ และบุคลากร และส่วนใหญ่ไม่มีการสังเคราะห์โดยถอดบทเรียนร่วมกัน

สถานภาพสมรส มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีผลการปฏิบัติงานดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีแรงสนับสนุนจากคู่สมรสที่ให้ความช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฤทัย พรณวิจารย์ (2542) ที่พบว่า ความแตกต่างทางสถานภาพสมรสทำให้ลักษณะงาน

ความสนใจด้านงานแตกต่างกันไปและสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ ตั้งสะสม (2532) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีผลในการจำแนกผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขของหัวหน้าอนามัย ไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ภัทภูมิ ชี้อริยา, และพรพรม สุทธาทร (2564) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสดมีความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกับผู้ที่มีสถานภาพสมรส และไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โดยรวมมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 แรงแสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะ แรงแสนสนับสนุนจากครอบครัวและคู่สมรส จึงควรหารูปแบบต่าง ๆ ในการส่งเสริมแรงแสนสนับสนุน จากครอบครัวและคู่สมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุไม่ทำให้มีรายได้เพียงพอในการ ดำรงชีวิต ควรพิจารณาเพิ่มสิทธิ สวัสดิการและค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวัดผลการปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเอง ควรเพิ่มการประเมินผล จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อปท. ผู้จัดการ ผู้สูงอายุ และญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลผู้สูงอายุและแนวโน้มที่ จะเกิดขึ้นในอนาคต



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน*.

<http://healthcheckup.in.th/self-test/9>

กรมอนามัย สงเสริมคนไทยสุขภาพดี. (2554). *รายงานประจำปี 2553. สำนักส่งเสริมสุขภาพ*

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/annualreport/213773>

กรมอนามัย. (2564). *ระบบ Long Term Care*. <http://ltc.anamai.moph.go.th/>

กรมอนามัย. (2566). *ระบบ Long Term Care*. <http://ltc.anamai.moph.go.th/>

กรรณิการ์ เหมือนประเสริฐ. (2548). *ทัศนคติของพนักงานที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม*

การปฏิบัติงานของ พนักงานในองค์กรบริษัท คูเวต ปีโตรเลียม (ประเทศไทย) จำกัด.

สารนิพนธ์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*

(พิมพ์ครั้งที่ 7). โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.

กลุ่มงานผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก. (2566). *ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ.*

<https://hpc2service.anamai.moph.go.th/ltcdata/healthscreen.php#HOME>

กัญญา ศรีประยูร. (2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง. วารสารสุขศึกษา, 42(2), 44-51.

กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล. (2559). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร*

กลุ่มเจนเอเรชั่นวายที่ปฏิบัติงานภาคธุรกิจพลังงานและสาธารณูปโภค ในประเทศไทย.

มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

กิตติพรรณ ศิริทรัพย์, วัชร ทรัพย์มี, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2554) *ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ*

การเี่ยวยาทางจิตวิทยาการปรึกษา. วารสารประชากรศาสตร์, 27(1), 39-56.

กุลญาดา เนืองจำนงค์, และอนรรัตน์ อนันทนารถ. (2563). *ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการจัดการ*

ภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย: การจัดสวัสดิการสังคมเพื่อความมั่นคงของผู้สูงอายุ.

วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 12(2), 219-236.

ขวัญฤทัย พรรณจิราภรณ์. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้างานสุขาภิบาล*

และอนามัยสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.

มหาวิทยาลัยมหิดล.

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2*. https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf
- จรรยาพร สุรัตน์ชัยการ. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานของพนักงาน บริษัท แม่กลองฟู้ด จำกัด*. สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์, และ Berit Ingersoll-Dayton. (2543). ความพอใจทางใจของผู้สูงอายุไทย. *วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(3), 21-28.
- จีรารวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, และสุรินทร์ กลัมพากร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 41-52.
- ชญาสุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น, และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(2), 193-207.
- ไชยพร โอภาสวัฒนา, และนันทวรรณ อุทุมพกษ์พร. (2018). ประสาทหูเสื่อมตามอายุ. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(2), 173-185.
- ไชยพร โอภาสวัฒนา, และนันทวรรณ อุทุมพกษ์พร. (2561). ประสาทหูเสื่อมตามอายุ. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(2), 175-185.
- ทวิช วงศ์ไชยชาญ, และชนะพล ศรีฤทธา. (2563). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 577-585.
- ธนาภรณ์ ตั้งทองสว่าง. (2563). *แรงบันดาลใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตวังท่าพระ*. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นันทกต ชนะพันธ์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, และรณชัย คงสกนธ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของ ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2), 44-57.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2533). สุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารคลินิก*, 6(6), 432-436.
- ปภาสิณี แซ่ติ้ว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, และธนิดา ทิปะपाल. (2562). การศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 300-309.

- ประสิทธิ์ชัย พิภักดี. (2552). *ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท นิเด็คอิเล็กทรอนิกส์ (ประเทศไทย) จำกัด*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ*. <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/20.500.14594/40286>
- พงศ์ หรดาล. (2548). *ความหมายของสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน*. <https://nittaya111.wordpress.com/2012/01/11/>
- พรนพ พุกกะพันธุ์. (2549). *ภาวะผู้นำและการจูงใจ (Leadership and Motivation)*. จามจุรีโปรดักท์.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546, 31 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 120 ตอนที่ 130ก.
- พิชาย รัตนดิษฐ์ ญ. ภูเก็ต. (2556). จากปัญหาสู่นโยบาย : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารร่มพญักษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*, 31(3), 10-11.
- พิทยา ภมรเวชวรรณ, และอุบลรัตน์ ปทานนท์. (2547). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลประจำบศิริจันทร์. *จักษุเวชสาร*, 18(1), 77-85.
- พิมพ์ภา แซ่ฉั่ว. (2553). *ความก้าวหน้าในงาน ความมีอิสระในงาน ความผูกพันในงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานสำนักงานที่ดินจังหวัดในเขตชายฝั่งทะเลอันดามัน*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- พิมลพร โอชารส. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออมและความก้าวหน้าในงานของพนักงานรับปฏิบัติการ: ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานของบริษัท สหชัยพาติเคิลบอร์ด จำกัด*. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ภัทภูมิ ชีเจริญญ, และพรพรหม สุธาทร. (2564). ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อความต้องการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดชุมพร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์*, 5(2), 162-177.
- มลथा พิทักษ์. (2554). *ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน สังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- มัทยา ศรีพนา. (2557). *การจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*.

สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยงยุทธ เกษสาคร. (2552). *ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). วี. เจ. พรินตัง.

ยศ วัชรระ คุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจนา, และสาวิณี สุริยันรตกร. (2561). ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 608-624.

ยุพา พูชน. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ: กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ระวิง เนตรโพธิ์แก้ว. (2549). *มนุษย์สัมพันธ์ในองค์กร*. พัทธอักษร.

วรเวชม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และสุภาภรณ์ คำเรือง ฤทธิ. (2553). อุปสงค์ของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ*, 1(1), 20-41.

วันเพ็ญ ตั้งสะสม. (2532). *อิทธิพลของสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติงาน และภาวะผู้นำที่มีต่อการจำแนกปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าสถานีนอมนัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันเพ็ญ ปันราช. (2552). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KKU.the.2009.150

วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2555). “ประชากรสูงอายุไทย” ในรายงาน *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553*. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ บรรณาธิการ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

วิภาพรรณ ตระกูลสันติรัตน์, และศุภชัย ไตรไทยธีระ. (2563). การสร้างแรงจูงใจรับใช้สาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการภายใต้ความร่วมมือข้ามภาคส่วนในพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และยโสธร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 11(2), 160-182.

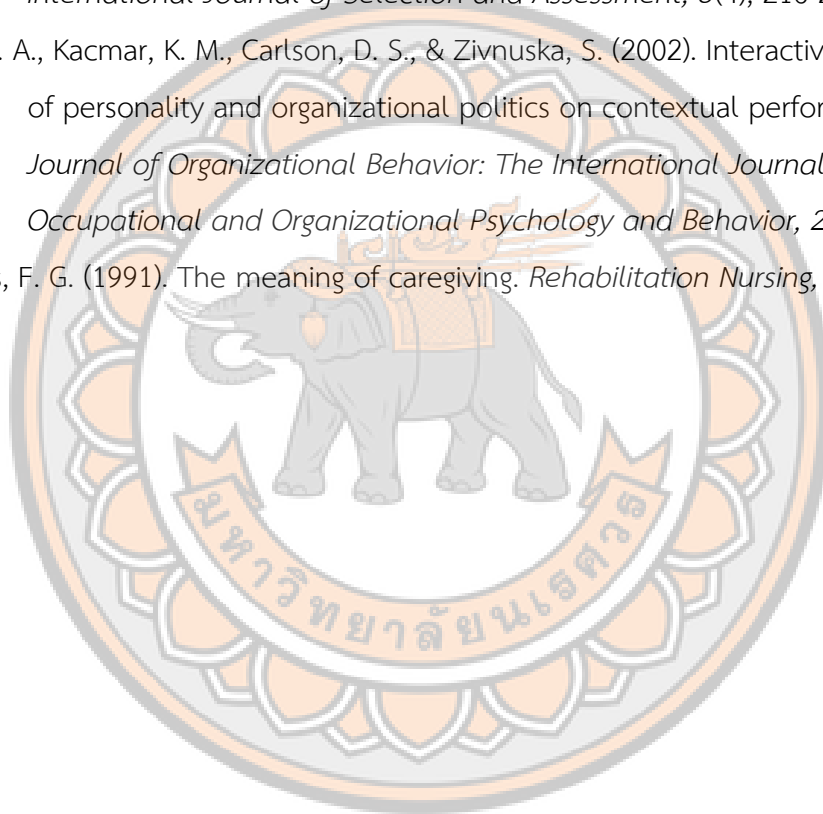
วิราภรณ์ โพธิ์ศิริ, วรเวชม์ สุวรรณระดา, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, และชนนต์ดี มิลินทางกูร. (2559). *โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บ.ก.), *การป้องกันการประเณน และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม* (น. 9-15). ภาพพิมพ์.
http://www.nesdb.go.th/download/document/SAC/NS_DraftplanMay2018.pdf
- เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สถาบันการแพทย์ กรมสาธารณสุข กระทรวง. (2547). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *สวัสดิการผู้สูงอายุ: แนวคิดและวิธีปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์*. มิสเตอร์ ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- ศิริพันธุ์ สาสัติย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เตือนใจ รักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2549). *การวิจัยการตลาด*. ธรรมสาร.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัติย์, และขวัญใจ อำนางสัติย์ชื่อ. (2553). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 1, 22-31.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). *กรอบทิศทางการจัดสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน ในช่วงแผนฯ 11*. สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580*. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550* (พิมพ์ครั้งที่ 8). สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2565). *รายงานประจำปี 2565*. <https://cloud.plkhealth.go.th/index.php/s/DSaozqwLbpeDtoa#pdfviewer>
- สำนักนโยบายและวิชาการ. (2552). *กรอบยุทธศาสตร์อาเซียนด้านสวัสดิการสังคมและการพัฒนา พ.ศ. 2553-2557 ประเด็นหลักด้านคนพิการ (No. 299180)*. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ สำนักนโยบายและวิชาการ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). *รายงานประจำปี 2558*. <http://www.thaincd.com/>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2566). *คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง*. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.

- สิริอร วิชชาวุธ. (2548). *จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การเบื้องต้น*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์สถุญ์วานิช. (2549). *พฤติกรรมองค์การสมัยใหม่: แนวคิด และทฤษฎี*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. นิชนเอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- อลงกรณ์ เปกาณี, และภรณ์ วัฒนสมบุรณ์. (2564). การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำกัดของผู้สูงอายุไทย: ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 44(1), 49-59.
- Bakker, A. B. (2015). A job demands–resources approach to public service motivation. *Public Administration Review*, 75(5), 723-732.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Ageing & Society*, 16(4), 397-422.
- Becker, S., & Neuhauser, D. (1975). *The efficient organization*. Elsevier Scientific Publishing Co.
- Borman, W. C., & Motowidlo, S. M. (1993). Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. *Personnel Selection in Organizations*, 71-98.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538-549.
- Chan, M., Nicklason, F., & Vial, J. H. (2001). Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. *Internal Medicine Journal*, 31(4), 199-205.
- Chuluunbaatar, E., Pu, C., & Chou, Y. J. (2017). Changes in caregiver burden among informal caregivers of stroke patients in Mongolia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(4), 314-321.
- Coccia, R. J., & Cameron, E. A. (1999). Caring for elderly individuals in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(12), 38-40.
- Flippo, E. B. (1967). *Principles of personnel management*. McGraw-Hill.

- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Heyl, V., Wahl, H. W., & Mollenkopf, H. (2007). Affective well-being in old age: The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *European Psychologist*, 12(2), 119-129.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Academic Press.
- Knodel, J., Teerawichitchainan, B., Prachuabmoh, V., & Pothisiri, W. (2015). *The situation of Thailand's older population: An update based on the 2014 survey of older persons in Thailand*. United Nations Population Fund.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen & L. G. Underwood (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29-52). Oxford University Press.
- Maslow, A., & Lewis, K. J. (1987). Maslow's hierarchy of needs. *Salenger Incorporated*, 14(17), 987-990.
- Mathis, R. L., & Jackson, J. H. (2000). *Human resource management*. South Western College Publishing.
- Muraki, I., Yamagishi, K., Ito, Y., Fujieda, T., Ishikawa, Y., Miyagawa, Y., ... & Iso, H. (2008). Caregiver burden for impaired elderly Japanese with prevalent stroke and dementia under the long-term care insurance system. *Cerebrovascular Diseases*, 25(3), 234-240.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Appleton & Lange.
- Phillips, L. R., Morrison, E. F., & Chae, Y. M. (1990). The QUALCARE scale: Developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 61-75.
- Ritz, A., Brewer, G. A., & Neumann, O. (2016). Public service motivation: A systematic literature review and outlook. *Public Administration Review*, 76(3), 414-426.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-405.
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. (1991). *Managing organizational behavior* (4th ed.). John Wiley & Sons.

- United Nations. (2022). *World Population Prospects 2022*. Retrieved June 1, 2023, from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- Van Scotter, J., Motowidlo, S. J., & Cross, T. C. (2000). Effects of task performance and contextual performance on systemic rewards. *Journal of Applied Psychology*, 85(4), 526-535.
- Viswesvaran, C., & Ones, D. S. (2000). Perspectives on models of job performance. *International Journal of Selection and Assessment*, 8(4), 216-226.
- Witt, L. A., Kacmar, K. M., Carlson, D. S., & Zivnuska, S. (2002). Interactive effects of personality and organizational politics on contextual performance. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 23(8), 911-926.
- Woods, F. G. (1991). The meaning of caregiving. *Rehabilitation Nursing*, 16(3), 131-135.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่แบบสอบถาม □ □ □

แบบสอบถาม

วิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัย นางสาวพิชญา จันดาหาร
นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก : การวิจัยแบบสำรวจโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 7 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

โดยขอความกรุณาท่านโปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง และตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาครั้งต่อไป สำหรับข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบกลับมานี้จะถูกรวบรวมไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวมและนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น ขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใดขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางสาวพิชญา จันดาหาร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : ให้เติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์หรือทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 1. () โสด
 2. () สมรส
 3. () หม้าย /หย่าร้าง/แยกกันอยู่
 4. () อื่น ๆ.....
4. ระดับการศึกษา
 1. () ไม่ได้รับการศึกษา
 2. () ประถมศึกษา (ป.1 – ป.6)
 3. () มัธยมศึกษา (มศ.1-5 หรือ ม. 1-6)
 4. () อาชีว หรืออนุปริญญา
 5. () ปริญญาตรี
 6. () ปริญญาโทขึ้นไป
5. อาชีพหลัก
 1. () รับจ้าง
 2. () เกษตรกร
 3. () แม่บ้าน
 4. () ค้าขาย
 5. () รัฐวิสาหกิจ
 6. () รับราชการ
 7. () ไม่ได้ทำงาน
 8. () อื่น ๆ
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี
8. จำนวนผู้สูงอายุในการดูแล.....คน
9. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ ☐ 1) เคย ☐ 2) ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

มากที่สุด ในแต่ละระดับความคิดเห็นมีความหมาย ดังนี้

ถูกต้อง หมายถึง คำตอบนั้นถูกต้อง

ไม่ถูกต้อง หมายถึง คำตอบนั้นไม่ถูกต้อง

ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น		
	ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL $\geq$ 11 คะแนน			
2. การวัดอุณหภูมิร่างกายผู้สูงอายุ ถ้าสูงกว่า 37.5°C ถือว่ามีไข้			
3. อาหารของผู้สูงอายุ ควรมีความอ่อนและนุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุเคี้ยวได้ง่าย			
4. การเพิ่มปริมาณของยาให้ผู้สูงอายุ จะช่วยให้อาการป่วยหายไวขึ้น			
5. การที่ผู้สูงอายุรับประทานยาละลายบด ๆ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวดีขึ้น ช่วยลดอาการท้องผูก			
6. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว สามารถออกกำลังกายได้			
7. ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเสี่ยงเป็นโรคหัวใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย			
8. แบบคัดกรอง 2Q ใช้คัดกรองเพื่อค้นหาอาการโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา			
9. ผู้สูงอายุที่มีคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q $\geq$ 7 คะแนน มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย			
10. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ สามารถแสดงออกทางร่างกาย โดยการเจ็บป่วยไม่สบายได้			
11. ห้องนอนผู้สูงอายุควรมีแสงสว่างน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุพักผ่อนเต็มที่			
12. บันไดที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ต้องมีราวบันไดหรือราวจับ			
13. ห้องน้ำผู้สูงอายุ ต้องมีแผ่นกันลื่นวางไว้ เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหกล้ม			
14. บ้านผู้สูงอายุ ต้องจัดพื้นที่ให้โล่ง ไม่มีข้าวของบนพื้น			
15. ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็นและ

ความรู้สึของท่านมากที่สุด ในแต่ละระดับความคิดเห็นมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความรู้สึของท่านมาก

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึของท่านมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความรู้สึของท่านมากที่สุด

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น			
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ท่านเบื่อการดูแลผู้สูงอายุ เวลาเจ็บป่วย ต้องดูแลเอาใจใส่ เป็นภาระมาก				
2. การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความค่า ทำทนายและน่าสนใจ				
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิด เมื่อต้องรับฟังปัญหาจากผู้สูงอายุ				
4. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมให้การยอมรับ				
5. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อเห็นผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบาย ทางกายหรือใจ				
6. ท่านคิดว่าเป็นการสายเกินไปในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพ ที่ดีขึ้นได้				
7. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลและเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น				
8. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม				
9. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำบุญ				
10. ท่านคิดว่าความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ ต่อตนเอง และครอบครัว				
11. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านมีรายได้เพียงพอ ในการดำรงชีวิต				
12. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ				
13. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นเมื่อได้ดูแลผู้สูงอายุ				

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
14. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ยาก เกินความสามารถของท่าน				
15. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาว ไม่ใช่ความคิดที่ดี				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเชิงจิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับความจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละระดับความคิดเห็นมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความจริงหรือความรู้สึกของท่านมาก

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความจริงหรือความรู้สึกของท่านน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย

ปัจจัยเชิงจิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
การได้รับการยอมรับ 3 ข้อ				
1. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ และยอมรับในตัวท่าน				
2. ท่านได้รับการยอมรับในผลการปฏิบัติงานจากญาติผู้สูงอายุ				
3. ท่านได้รับโอกาสที่จะแสดงศักยภาพในการปฏิบัติงานจากผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ				
ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 3 ข้อ				
4. ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายตรงกับความรู้ความสามารถของท่าน				
5. ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติมีความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นระหว่างการทำงาน				
6. ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติมีความท้าทาย ทำให้ท่านมีความกระตือรือร้นในการทำงาน				

ปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
ความพอใจในคำตอบแทน 3 ข้อ				
7. ท่านได้รับคำตอบแทนเหมาะสมกับความรู้ความสามารถและประสบการณ์				
8. ท่านคิดว่าคำตอบแทนมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย				
9. คำตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับในปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ท่านปฏิบัติงานกับองค์กรนี้ต่อไป				
สัมพันธภาพในการทำงาน 3 ข้อ				
10. ท่านคิดว่าการมีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็วและประสบความสำเร็จมากขึ้น				
11. ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้สูงอายุ				
12. เมื่อท่านมีปัญหาเพื่อนร่วมงานจะคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือท่านได้				
นโยบายการทำงาน 3 ข้อ				
13. มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน				
14. มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบและภาระงานที่ชัดเจน				
15. มีการกำหนดคำตอบแทนที่ชัดเจน				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับกับความจริงหรือ

ความรู้สึกที่ท่านได้รับมากที่สุด ในแต่ละระดับความคิดเห็นมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความจริงหรือความรู้สึกที่ได้รับมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความจริงหรือความรู้สึกที่ได้รับมาก

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความจริงหรือความรู้สึกที่ได้รับเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความจริงหรือความรู้สึกที่ได้รับเลย

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
การสนับสนุนจากครอบครัว 3 ข้อ				
1. ครอบครัวของท่านมีความยินดี และสนับสนุนให้ท่านทำงาน ในหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ				
2. ท่านได้รับความยกย่องชื่นชมจากครอบครัว เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ				
3. ท่านสามารถระบายความรู้สึกเมื่อพบกับปัญหาเกี่ยวกับการ การดูแลผู้สูงอายุให้ครอบครัวฟังได้				
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน 3 ข้อ				
4. ท่านคิดว่าการมีเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยดูแล ผู้สูงอายุ ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็ว และประสบความสำเร็จมากขึ้น				
5. ท่านรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานในการดูแล ผู้สูงอายุ				
6. เมื่อท่านมีปัญหาเพื่อนร่วมงานจะคอยให้คำปรึกษา และช่วยเหลือท่านได้				
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 ข้อ				
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาในการดูแล ผู้สูงอายุให้กับท่านได้ เมื่อท่านต้องการ				
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมช่วยแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ				

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
9. ท่านได้รับการมีการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานและติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างใกล้ชิด				
การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 ข้อ				
10. ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				
11. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				
12. ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามระดับผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความ ที่ตรงกับระดับผลการปฏิบัติ

ของท่านมากที่สุด ในแต่ละระดับการปฏิบัติมีความหมาย ดังนี้

สูงมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ

สูง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้งหรือเป็นส่วนใหญ่

ปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง

ต่ำ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ระดับการปฏิบัติงาน	ระดับผลการปฏิบัติงาน			
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ด้านร่างกาย 5 ข้อ				
1. ท่านประเมินคัดกรองสุขภาพร่างกายเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ				
2. ท่านดูแลความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุ				
3. ท่านดูแลการรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง เหมาะสม				
4. ท่านดูแลผู้สูงอายุให้พักผ่อนอย่างเหมาะสม				
5. ท่านดูแลด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ				
ด้านจิตใจ 5 ข้อ				
6. ท่านประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ				
7. ท่านรับฟังผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุต้องการระบายความรู้สึกหรือคับข้องใจ				
8. ท่านฝึกให้ผู้สูงอายุมีทักษะจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม				
9. ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ใ้สวดมนต์ ฟังธรรม ไปวัด โบสถ์หรือมัสยิด				
10. เมื่อพบความผิดปกติด้านจิตใจ ท่านส่งต่อประสานหน่วยงานให้ความช่วยเหลือได้ตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ				
ด้านสังคม 5 ข้อ				
11. ท่านมีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน				
12. ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสวัสดิการด้านรายได้ต่อเนื่อง				
13. ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรืออื่น ๆ				

ระดับการปฏิบัติงาน	ระดับผลการปฏิบัติงาน			
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
14.ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน				
15.ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในชุมชน				
ด้านที่พักอาศัย 5 ข้อ				
16.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มั่นคง แข็งแรง และปลอดภัย				
17.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุไม่ให้เกิดภัยต่อการหล่น เช่น พื้นบ้านไม่ลื่น มีไฟสว่าง สิ่งของวางเป็นระเบียบ เป็นต้น				
18.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มีการระบายอากาศอย่างเหมาะสม				
19.ท่านดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้ปราศจากขยะมูลฝอย และสัตว์นำโรค				
20.ท่านประเมิน อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และจุดเสี่ยงในที่ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ				

ส่วนที่ 7 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....