

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว^{1,*} พ.บ.

Received: April 28, 2020

Revised: May 5, 2020

Accepted: July 22, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 213 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ศาสนา ($r = 0.81$) และการสนับสนุนการทำงานของผู้ดูแล ($r = 0.43$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ($r = 0.50$) และทัศนคติ ($r = 0.36$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปานกลาง และต่ำกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการทำงานบุคลากรสาธารณสุข โดยการสนับสนุนข้อมูลและอุปกรณ์ในการทำงานเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และนำศาสนาสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ สร้างทัศนคติที่ต่อการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ทักษะ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: Saksit_med46@hotmail.com

Factors associated with caregivers' skills in caring for the older adult in Sukhothai Province

Saksit Bokaew^{1,*} M.D.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to study factors associated with caregivers' skills in caring for the older adult in Sukhothai. The study subjects were 213 caregivers in Sukhothai, which selected by simple random sampling and collected data by using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Point biserial correlation coefficient, Eta correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that religion ($r = 0.81$) and working support in practice from the catchment area ($r = 0.43$) were positively related to caregivers' skills in caring for the older adult at a high level (p -value < 0.001). While the supporting from families and communities ($r = 0.50$) and attitude ($r = 0.36$), were positively related to caregivers' skills in caring for the older adult at moderate and low levels (p -value < 0.001), respectively.

The results showed that the relevant departments should support the work of health personnel by supporting information and work equipment to improve caregivers' skills in caring for the older adult. The support of families and communities, as well as the use of religion, can be used to develop knowledge, create a positive attitude towards caring for the senior citizen, and caregivers' skills in caring for the older adult.

Keywords: Skill, Caregiver, Older adult

¹ Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

* Correspondence author: Saksit_med46@hotmail.com

บทนำ

ในศตวรรษนี้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกอันเป็นผลมาจากการที่อัตราการเกิดของประเทศต่างๆ ได้ลดลง (Office of the National Economic and Social Development Board, 2018) ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปีพ.ศ. 2559 โลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุจำนวน 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ระดับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Elderly Affairs, 2019) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ จึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า ส่งผลให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing society) หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมสูงอายุ (Population ageing) กล่าวคือ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015) สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุนี้อัตราสมมุติ ในปี พ.ศ. 2564 หมายถึงสังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดการณ์ได้ว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุนี้อัตราสมมุติคือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยจะกลายเป็น "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ มากกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด (Prasartkul, 2017)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 100,826 คน มีโรคประจำตัวร้อยละ 58.0 เมื่อทำการประเมินศักยภาพ

ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในผู้สูงอายุจำนวน 85,854 คน (85.2%) ผลการประเมิน พบว่ามีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 82,869 คน (96.5%) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 2,580 คน (3.0%) และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 405 คน (0.5%) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงนั้นถือว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสที่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพได้ง่าย ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Sukhothai Provincial Health Office, 2020) กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกันดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ภายใต้กองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) โดยมีเป้าหมายสำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และการจัดการดูแลให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสมด้วยการจัดให้มีผู้จัดการการดูแล (Care Manager: CM) ประจำศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงการจัดให้มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ตามหลักสูตรกำหนด และมีการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan: CP) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและให้การดูแลและติดตามที่เหมาะสมต่อไป (National Health Security Office, 2016)

จากข้อมูลการดำเนินการของกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ในปีพ.ศ. 2559 จัดอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และ ในปีพ.ศ. 2561 มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ประมาณ 13,000 คน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ประมาณ 72,000 คนที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) สำหรับจังหวัดสุโขทัย ในปีพ.ศ. 2562 มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 429 คน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งมีจำนวน 2,985 คน (3.5%) โดยเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุเท่ากับ 1:7 ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 1:4 คน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sukhothai Provincial Health Office, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว อาชีพเกษตรกรรม การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว (Kumsom, Lagampan, & Boonyamalik, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุแต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Mahamad, 2018) ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องยังพบน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำผลวิจัยดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาเพิ่มทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้มีทักษะที่ดีและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว ลดภาระการดูแล และลดความเครียดต่อลูกหลานและญาติได้ด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ/รหัส IRB 55/2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จังหวัดสุโขทัย เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 429 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดให้ $n =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, $N =$ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จังหวัดสุโขทัย จำนวน 429 คน, $Z_{\alpha/2} = 1.96$ เท่ากับ 0.05, $P =$ ค่าสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ดี เท่ากับ 0.50, และ $d =$ ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 (Sukhothai Provincial Health Office, 2020) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 213 คน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรค และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช้ โดยคำตอบถูกให้คะแนน 1 และ ข้อที่ตอบไม่ถูกและไม่แน่ใจให้คะแนน 0 การแปลความหมายระดับความรู้ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือระดับสูง ($\geq 80\%$) ระดับปานกลาง (61-79%) และระดับต่ำ ($\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม, ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้ดูแล จำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายระดับทักษะใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ จำนวน 35 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ ได้แก่ การสนับสนุนจากจากบุคลากรสาธารณสุขและการสนับสนุนข้อมูล อุปกรณ์ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายระดับการสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน การแปลความหมายการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 7 ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การให้ยาทางปาก 2) การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ 3) การวัดความดันโลหิต 4) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 5) การทำแผล Dry dressing 6) การทำแผล Wet dressing 7) การเช็ดตัวลดไข้ 8) การดูดเสมหะ 9) การให้อาหารทางสายยาง และ 10) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน จำนวน 52 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น

3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

การหาคุณภาพเครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82, 0.80, 0.91, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ถึงสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2563 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับทราบ และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล จัดหาผู้ช่วยเก็บข้อมูลโดยเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 5 คน และชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกันผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการชี้แจงแก่กลุ่มประชากรที่ศึกษาเพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องในข้อคำถามของแบบสอบถามโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถาม

ก่อนนำไปวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้นำมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ผลการศึกษาในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการดังนี้ 1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial Correlation Coefficient) 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta correlation Coefficient) 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ข้อมูลกระจายไม่เป็นโค้งปกติ) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) และ 4) กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Hinkle, William, & Stephen, 1998) ดังนี้

$r = 0.91-1.00$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

$r = 0.71-0.90$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

$r = 0.51-0.70$ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

$r = 0.31-0.50$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

$r = 0.00-0.30$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.5 อายุเฉลี่ย 45.35 ปี (S.D. = 10.11) ต่ำสุด 22 ปี และสูงสุด 69 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.6 สถานภาพคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 18.8 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา หรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 58.2 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 39.4 ค่ามัธยฐาน รายได้ของครอบครัว คือ 7,000 บาท ต่ำสุด 1,500 บาท และสูงสุด 60,000 บาท ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ย 3.34 ปี (S.D. = 3.94) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 25 ปี และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุเป็นพ่อ/แม่มากที่สุด ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ อื่น ๆ ร้อยละ 37.1 และน้อยที่สุด ปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 5.6

2. ความรู้ ทักษะคิด การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี 1) ความรู้ อยู่ในระดับต่ำ 2) ทักษะคิดอยู่ในระดับสูง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านบทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และด้านบทบาทของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง 4) การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ อยู่ในระดับสูง 5) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับสูง และ 6) ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงแบ่งออกเป็น 10 ด้าน คือ ด้านการให้ยาทางปาก ด้านการวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ด้านการวัดความดันโลหิต ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ด้านการทำแผลแบบแห้ง (Dry dressing) ด้านการทำแผลแบบเปียก (Wet dressing) ด้านการเช็ดตัวลดไข้ ด้านการดูดเสมหะ ด้านการให้อาหารทางสายยางและด้านการดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจนอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคิด การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 213)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้	2.24	3.05	ต่ำ
ทักษะคิด	4.07	0.30	สูง
บทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม	4.30	0.50	สูง
ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	3.97	0.37	สูง
บทบาทของผู้ดูแล	4.05	0.36	สูง
การรับรู้ด้านสุขภาพ	4.03	0.35	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	4.27	0.42	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	4.29	0.45	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	4.47	0.46	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	2.42	0.85	ปานกลาง
การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่	4.23	0.49	สูง
การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	4.23	0.44	สูง
ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.00	0.74	สูง
การให้ยาทางปาก	4.21	0.78	สูง
การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ	4.26	0.68	สูง

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคติ การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 213) (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การวัดความดันโลหิต	4.15	0.71	สูง
การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	3.93	0.95	สูง
การทำแผลแบบแห้ง	4.04	0.85	สูง
การทำแผลแบบเปียก	4.08	0.84	สูง
การเช็ดตัวลดไข้	4.21	0.75	สูง
การดูดเสมหะ	3.72	1.13	สูง
การให้อาหารทางสายยาง	3.81	1.09	สูง
การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน	3.71	1.18	สูง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะคติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$)

การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43$, $p\text{-value} < 0.001$) และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.50$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 213)

ตัวแปรต้น	การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	-0.08 (r_{pb})	0.266	ต่ำมาก
อายุ	0.04 (r_{sp})	0.530	ต่ำมาก
ศาสนา	0.81 (Eta)	< 0.001**	สูง
สถานภาพ	0.14 (Eta)	0.138	ต่ำมาก
ระดับการศึกษา	0.12 (Eta)	0.686	ต่ำมาก
อาชีพ	0.17 (Eta)	0.378	ต่ำมาก
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	0.12 (r_{sp})	0.075	ต่ำมาก
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ	0.13 (r_{sp})	0.066	ต่ำมาก
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ	0.10 (Eta)	0.577	ต่ำมาก
ความรู้	-0.12 (r_{sp})	0.071	ต่ำมาก
ทักษะคติ	0.36 (r_{sp})	< 0.001**	ต่ำ
การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่	0.43 (r_{sp})	< 0.001**	ต่ำ
การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	0.50 (r_{sp})	< 0.001**	ปานกลาง

* $p\text{-value} < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.01$, r_{pb} = Point Biserial Correlation Coefficient, Eta = Eta correlation Coefficient, r_{sp} = Spearman Rank Correlation Coefficient

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.6 นับถือศาสนาพุทธ ความเชื่อในการดูแลผู้สูงอายุจึงสอดคล้องกับหลักคำสอนในพระพุทธศาสนา ที่สอนให้ทำความดี มีความกตัญญู มีสังคหวัตถุ 4 คือ ทาน ปิยวาจา อตถจริยา และสมานัตตตา ที่มาพัฒนาจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของพระครูนิภาภิทรกิจ วิฑิตสโร (2561) พบว่า การประยุกต์สังคหวัตถุ 4 ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ด้วยการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ซึ่งในที่นี้หมายถึงสังคหวัตถุ 4 ประกอบด้วย 1) การให้คือ การเสียสละ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นการส่งเสริมสังคมแห่งการให้ระหว่างบุคลากรในองค์กร 2) การพูดคำสุภาพ อ่อนหวาน เป็นการส่งเสริมด้านการสื่อสารเชิงบวกระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ 3) การบำเพ็ญประโยชน์ช่วยเหลือกันและกัน เป็นการส่งเสริมด้านความมีมนุษยสัมพันธ์ด้วยการกระทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น และ 4) การวางตนเสมอต้นเสมอปลาย เป็นการส่งเสริมด้านการวางตัวให้เหมาะสมกับฐานะของตนในสังคม ไม่เอารัดเอาเปรียบผู้อื่น ซึ่งหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาบูรณาการหรือประยุกต์ใช้กับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ได้เป็นอย่างดี

ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าความรู้จะทำให้เกิดทัศนคติและส่งผลต่อทักษะการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice; KAP) ของ Bloom (1965) กล่าวว่าความรู้คือ สิ่งที่มีมนุษย์มีความคิดได้จากข้อเท็จจริง ทัศนคติ มีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในอนาคตได้ โดยมีทัศนคติเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย การสังเกต การลงมือปฏิบัติ ความถูกต้องความต่อเนื่อง ความเป็นธรรมชาติเมื่อปฏิบัติบ่อยครั้งจนเกิดเป็นทักษะจากการศึกษานี้พบว่า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับต่ำเกี่ยวกับโรคและปัญหาของผู้สูงอายุอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ทักษะของการดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ดี ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการสอน และการฝึกปฏิบัติในหัวข้อดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Saetew, Chinkhanapha, Rueangsawat, & Teepapal (2019) พบว่าศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีอาการที่จะแสดงอาการกลัวหรือไม่กล้าที่จะสัมผัสผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง มีผลกดดันใส่สายให้อาหารหรือมีโรคประจำตัว หลังจากได้รับการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความกล้าที่จะดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้มากขึ้น ซึ่งการได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาเป็นการให้ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน และ Saengchan (2013) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุไทย ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา มีโอกาสที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2.49 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมมีโอกาสจะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.78 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.69 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา กล่าวได้ว่า การศึกษามีส่วนในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล เพราะการศึกษา มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและวิธีการดูแล จึงเป็นส่วนทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจึงมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง และสามารถพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น สำหรับในส่วนผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในส่วนของการวิเคราะห์หรือการรับรู้เกี่ยวกับ

สาเหตุของการเกิดโรค รวมทั้งวิธีการวางแผนการรักษา และการประพฤติดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแล (Padwang, 2007)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการมีทัศนคติที่ดี เกิดความศรัทธาต่อการปฏิบัติ มีความรู้สึกรักใคร่ และศรัทธาต่อการปฏิบัติ การแสดงออกส่งผลที่จะมีการพัฒนาทักษะได้ดี สอดคล้องกับ Mahamad (2018) ที่ว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งทัศนคติที่ดีพัฒนามาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และความเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงสามารถให้การดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ดี

การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า พื้นที่ที่มีการสนับสนุนการพัฒนาความสามารถทำให้มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุได้ดี สอดคล้องกับ Suanrueang, Wannasri, & Sriathamrongsawat (2018) ที่กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป ศักยภาพของการทำงานในชุมชนมีเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์และการผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาพบว่า การมีหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงและ 420 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพมากขึ้น ส่งผลให้บทบาทผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุชัดเจนขึ้น รวมทั้งมีรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจนขึ้น

การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่คือคนในชุมชนที่ได้รับการอบรม ดังนั้นคนในชุมชนจะมีการสนับสนุนการดูแลกัน โดยคนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมทางด้านร่างกาย สังคม มีจิตอาสาที่ต้องการมาดูแลคนในชุมชน ดังนั้นจึงถือว่าเป็นการได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว

ที่สละเวลามาช่วยผู้อื่นในชุมชนของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumsom et al. (2019) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ทำหน้าที่นี้ มีอาชีพหลักที่มีอาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้มีเวลาว่างตามฤดูกาล เจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดมีความเป็นสังคมชนบท เป็นลักษณะครอบครัวขยาย เป็นเครือญาติกัน และคนในชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกัน

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการทำงานโดยบุคลากรสาธารณสุข การสนับสนุนข้อมูลและอุปกรณ์ ในการทำงานเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงควรมีการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งมีการนำศาสนามาใช้ในการพัฒนาความรู้ สร้างทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาในรูปแบบทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ทุกอำเภอในจังหวัดสุโขทัย ที่กรุณาช่วยให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยและอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำต่างๆ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research is Evaluation*. (3rd ed.). Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1965). The role of educational science in curriculum development. *Int J Educ Sci*, 1, 5-15.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences*. (9th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Department of Elderly Affairs. (2019) Measures to drive the national agenda on aging society (revised version). Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *The develop-ment of the elderly care system*. Nakhon Pathom: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (in Thai)
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephen, G.J. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences*. (4th ed.). Boston, New York: Houghton Mifflin.
- Kumsom, C., Lagampan, S., & Boonyamalik, P. (2019). Factors influencing caring practices for dependent older adults in the Long-Term Care System: Roi Et Province. *Thai Red Cross Nurse Journal*, 12(2), 193-207. (in Thai)
- Mahamad, P. (2018). Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwat. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 17, 1-9. (in Thai)
- National Health Security Office. (2016). *A guide to support the management of the care system. Long term public health for the elderly who are dependent in the national health insurancesystem*. Bangkok: National Health Security Office.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2018). *The Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021)*. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council. (in Thai)
- Padwang, B. (2007). *Practices of caregivers in caring for elderly with chronic obstructive pulmonary disease at Ko Kha District, Lampang Province*. Thesis of Master of Nursing Science (Community Nursing), Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Phrakhrunipapattarakij Thitasaddho. (2018). An application of Sangahavatthu 4 for human resource management. *Phimoldhamma Reseach Institute Journal*, 5(2), 15-28. (in Thai)
- Prasartkul, P. (2017). General situation. In P. Prasartkul (Ed.), *The situation of the elderly in B.E. 2559* (pp. 16-27). Nakhon Pathom: Institute and Social Research. (in Thai)
- Saengchan, T. (2013). *Factors association with knowledge of caregivers among elderly Thais*. Thesis of Master of Arts Program in Demography, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)

- Saetew, P., Chinkhanapha, C., Rueangsawat, S., & Teepapal, T. (2019). Study of the potential of caregiver for the elderly after 70 hours of elderly care program of Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 300-310. (in Thai)
- Suanrueang, P., Wannasri, A., & Srithamrongsawat, S. (2018). Community care by caregivers to dependent elderly under the Community-Based Long-Term Care Policy. *Journal of Health System Research Journal*, 12(3), 438-450. (in Thai)
- Sukhothai Provincial Health Office. (2020). *Summary of annual performance of the elderly for the year 2019*. Sukhothai: Sukhothai Provincial Health Office. (in Thai)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World population Ageing, 2015*. Retrieved May 20, 2019, from [https:// www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)