

ทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต

อานนท์ แก้วบำรุง¹

(วันที่รับบทความ: 10 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 19 กันยายน 2562; วันที่ตอบรับ: 25 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต ประชากรคือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดูแลในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 219 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel จำนวน 140 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและทักษะของผู้ดูแล ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย กลุ่มอายุความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยการได้รับการอบรมคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขตามลำดับ ปัจจัยทำนายทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย กลุ่มอายุ ($p\text{-value}=0.030$), ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ($p\text{-value}<0.001$), ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value}=0.002$), การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย ($p\text{-value}=0.006$) สามารถทำนายได้ร้อยละ 21.8 ($R^2=0.218$) ดังนั้น ผู้วิจัยจะนำตัวแปรจากผลการวิจัยมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตจังหวัดภูเก็ตต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง, การฟื้นฟูสุขภาพ

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, E-mail: anon.kaew@gmail.com

Corresponding author: อานนท์ แก้วบำรุง, E-mail: anon.kaew@gmail.com

Caregiver's Performance Practicing of Rehabilitation Health Care for Elderly Dependents at Phuket Province

Anon Kaewbamroong¹

(Receive 10th August 2019; Revised: 19th September 2019; Accepted 25th November 2019)

Abstract

This analytic research study aimed to study either selected factors association or jointly factorpredicting, enabling factors, and reinforcing factors) effected to caregiver's performance of rehabilitation health care for elderlydependentsatPhuket Province. Population in this study consisted of 219caregivers who have been training elderlcare program within 70 hours which be registered in Phuket Province,in fiscal year 2017, and the sample size calculating used Daniel formula for 140 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 7 parts including, characteristics, predisposing factors (knowledge, attitude, health perception) , enabling factors, reinforcing factors, and performance of elderly dependentscare. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.87. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.An association analyzed found that, factor was associated with caregiver's performance of rehabilitation health care for elderly dependents at Phuket Province,with statistic significantly at 0.05 level including, age group, knowledge of elderly' exercising, attitude for elderly care, perceived of risk, training and consulting from health worker, respectively.Prediction model analyzed reported that factor effecting to caregiver's performance of rehabilitation health care for elderly dependents at Phuket Province, including; age group (p-value=0.030), knowledge of elderly' exercising (p-value<0.001), attitude for elderly care (p-value=0.002), perceived of risk (p-value=0.006), all predicting factors accounted for 21.8($R^2 = 0.218$). Thus, researcher should be modified program to develop care giver' performance in Phuket Province.

Keywords: Caregiver, Elderlydependents, Rehabilitation

¹ Physician Senior Professional Leve, Phuket Provincial Public Health Office. E-mail:

anon.kaew@gmail.com

Corresponding author: AnonKaew bamroong, E-mail: anon.kaew@gmail.com

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14 โดยได้คาดการณ์ว่าในอีก 8 ปีข้างหน้าคือ ปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน ร้อยละ 10 ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในอีก 20 ปี หรือปีพ.ศ.2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 30¹

ปี พ.ศ.2562 จังหวัดภูเก็ต มีจำนวนผู้สูงอายุ 30,879 คน จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ต ปีพ.ศ. 2562 พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อประเมิน ADL (Activities of daily living) จำนวน 23,936 คน (ร้อยละ 77.52) พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม 23,119 คน (ร้อยละ 74.87) และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 817 คน (ร้อยละ 3.41) ซึ่งต้องได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจจากระบบการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่สถานบริการสาธารณสุขและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน² ปัญหาสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิต

ได้เท่าเทียมคนปกติไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น หากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน พบว่าจากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คน คอยดูแลประชากรผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คน ที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยคนพิการที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น³ การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงถือเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยมีญาติหรือผู้ดูแลและคนในชุมชนมีส่วนร่วม ปีพ.ศ. 2561 จังหวัดภูเก็ตมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) จำนวน 817 คน (ร้อยละ 3.41) แต่มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ (Care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 219 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประมาณ 1:4 คน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพและ

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจังหวัดภูเก็ตเพื่อนำผลวิจัยดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจังหวัดภูเก็ตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic research study) กำหนดตัวแปรอิสระประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการรับรู้ด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยเอื้อ 4) ปัจจัยเสริมโดยใช้แนวคิดของ Green and Kreuter⁴ ตัวแปรตามคือทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตจังหวัดภูเก็ต จำนวน 219 คนโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2561 สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้เกณฑ์การคัดออก

คือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 140 คนใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79) และความรู้ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อของผู้ดูแล ผู้สูงอายุลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมของผู้ดูแล ผู้สูงอายุได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน, การสนับสนุนจากบุคลากร สาธารณสุข ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 ทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การให้ยาทางปาก การวัดอุณหภูมิซีฟิเจอร์ อัตราการหายใจ การวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การทำแผล Dry dressing การทำแผล Wet dressing การเช็ดตัวลดไข้ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5, 6, 7 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁸ เท่ากับ 0.86

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient, Stepwise multiple regression analysis

งานวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 2019-009

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.43) มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (ร้อยละ 60) ($\bar{X}$ =51.18, S.D.=10.479, Min=23, Max=75) มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.29) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 43.57) มีเพียงร้อยละ 2.14 ที่ไม่ได้ศึกษา การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 48.57) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 10,000 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 50.71) ($\bar{X}$ =15,42, S.D.=7,777.31, Min=3,000, Max=50,000) ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 2 – 5 ปี (ร้อยละ 44.29) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ดูแล คือพ่อแม่ (ร้อยละ 50.71)

ปัจจัยนำด้านความรู้ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80) ($\bar{X}$ =2.60, S.D.=0.491) เมื่อพิจารณาความรู้จำแนกรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านโรคและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.43) ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.29) ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.57) ความรู้

ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 67.86) สำหรับด้านทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.86) ($\bar{X}=2.97$, S.D.=0.145) เมื่อพิจารณาทัศนคติจำแนกรายด้าน พบว่า ทัศนคติด้านบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.86) ทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ (91.43) ทัศนคติด้านบทบาทของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.00) การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.71) ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.203) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำแนกรายด้าน พบว่ารับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.14) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.29) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับสูง (ร้อยละ 100) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.86) ปัจจัยเอื้อ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.29) ($\bar{X}=2.94$, S.D.=0.232) เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อของผู้ดูแลจำแนกรายด้าน พบว่าการได้รับการอบรมคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.43) การได้รับการสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.14) ปัจจัยเสริม ในภาพรวมด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.43) ($\bar{X}=2.96$, S.D.=0.186) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมของผู้ดูแลจำแนกรายด้าน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.29) การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.43) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต (n=140)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยนำด้านความรู้	84	60.00	56	40.00	-	-	2.60	0.491
-โรคและปัญหาสุขภาพ	100	71.43	34	24.29	6	4.29	2.67	0.555
-อาหารและโภชนาการ	90	64.29	44	31.43	6	4.29	2.60	0.572
- การออกกำลังกายเหมาะสม	53	37.86	68	48.57	19	13.57	2.24	0.677
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	95	67.86	41	29.29	4	2.86	2.65	0.535
ปัจจัยนำด้านทัศนคติ	137	97.86	3	2.14	-	-	2.97	0.145
- บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม	123	87.86	17	12.14	-	-	2.87	0.327
- ความสำคัญการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	128	91.43	12	9.57	-	-	2.91	0.280
- บทบาทของผู้ดูแล	133	95.00	5	5.00	-	-	2.95	0.218

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	134	95.71	6	4.29	-	-	2.95	0.203
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	136	97.14	4	2.86	-	-	2.97	0.167
- การรับรู้ความรุนแรง	132	94.29	8	5.71	-	-	2.94	0.232
- การรับรู้ถึงประโยชน์	140	100.00	-	-	-	-	3.00	0.000
- การรับรู้อุปสรรค	109	77.86	27	19.29	4	2.86	2.75	0.496
ปัจจัยเอื้อ	102	95.30	5	4.70	-	-	2.95	0.212
- การได้รับการอบรมคำแนะนำ	135	96.43	5	3.57	-	-	2.96	0.186
และปรึกษาจาก								
- การได้รับการสนับสนุน	108	77.14	32	22.86	-	-	2.77	0.421
ปัจจัยเสริม	135	96.43	5	3.57	-	-	2.96	0.186
- การสนับสนุนจากครอบครัวและ	132	94.29	8	5.71	-	-	2.94	0.232
ชุมชน								
- การสนับสนุนจากบุคลากร	128	91.43	11	7.86	1	0.71	2.90	0.315
สาธารณสุข								

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.86) ($\bar{X}$ =2.92, S.D.=0.258) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ทักษะการปฏิบัติในระดับสูง ได้แก่ การให้ยาทางปาก (ร้อยละ 80.00) การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ (ร้อยละ 85.00) การวัดความดันโลหิต (ร้อยละ 89.29) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวน

ปัสสาวะ (ร้อยละ 74.29) การทำแผล Dry dressing (ร้อยละ 92.86) การทำแผล Wet dressing (ร้อยละ 92.14) การเช็ดตัวลดไข้ (ร้อยละ 94.29) การดูดเสมหะ (ร้อยละ 63.57) การให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 57.14) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน (ร้อยละ 58.57) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการปฏิบัติด้านทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (n=140)

ทักษะ	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- การให้ยาทางปาก	112	80.00	28	20.00	-	-	2.80	0.401
- การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ	119	85.00	19	13.57	2	1.43	2.83	0.408
- การวัดความดันโลหิต	125	89.29	14	10.00	1	0.71	2.88	0.341

ทักษะ	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	104	74.29	31	22.14	5	3.57	2.70	0.529
- การทำแผล Dry Dressing	130	92.86	8	5.71	2	1.43	2.91	0.328
- การทำแผล Wet Dressing	129	92.14	10	7.14	1	0.71	2.91	0.305
- การเช็ดตัวลดไข้	132	94.29	8	5.71	-	-	2.94	0.232
- การดูดเสมหะ	89	63.57	49	35.00	2	1.43	2.62	0.515
- การให้อาหารทางสายยาง	80	57.14	52	37.14	8	5.71	2.51	0.605
- การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน	82	58.57	44	31.43	14	10.00	2.48	0.673
ภาพรวมทักษะของผู้ดูแล	130	92.86	10	7.14	-	-	2.92	0.258

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ (ความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ ($r=-0.166$,

$p\text{-value}=0.049$) ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ($r=0.266$, $p\text{-value}=0.002$) ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ($r=0.245$, $p\text{-value}=0.003$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=0.285$, $p\text{-value}=0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ตัวแปรต้น	ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- กลุ่มอายุ	-0.166	0.049*	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ความรู้	0.257	0.046*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- โรคและปัญหาสุขภาพ	0.014	0.867	ไม่พบความสัมพันธ์
- อาหารและโภชนาการ	0.146	0.086	ไม่พบความสัมพันธ์
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม	0.266	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.130	0.126	ไม่พบความสัมพันธ์
ทัศนคติ	0.630	0.041*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม	0.067	0.434	ไม่พบความสัมพันธ์
- ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	0.245	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรต้น	ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
- บทบาทของผู้ดูแล	0.064	0.455	ไม่พบความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.218	0.038*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	0.285	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	0.051	0.548	ไม่พบความสัมพันธ์
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	0.073	0.455	ไม่พบความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	0.028	0.742	ไม่พบความสัมพันธ์
ปัจจัยเอื้อ	0.068	0.423	ไม่พบความสัมพันธ์
- การได้รับการอบรมคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข	0.246	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุน	0.047	0.580	ไม่พบความสัมพันธ์
ปัจจัยเสริม	0.053	0.531	ไม่พบความสัมพันธ์
- การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	-0.068	0.423	ไม่พบความสัมพันธ์
- การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	0.095	0.266	ไม่พบความสัมพันธ์

Note:** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายทักษะของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21.8 ($R^2=0.218$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ กลุ่มอายุ ($p\text{-value}=0.030$), ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ($p\text{-value}<0.001$), ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value}=0.002$), การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

การเจ็บป่วย ($p\text{-value}=0.006$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4) โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ Y (ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ) $= 0.104 + [-0.107* \text{กลุ่มอายุ}] + [0.173* \text{ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม}] + [0.354* \text{ทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ}] + [0.511* \text{การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย}]$ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	p-value
1. กลุ่มอายุ	-0.107	0.049	-0.167	-2.196	0.030
2. ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	0.173	0.045	0.292	3.815	0.000
3. ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	0.354	0.110	0.247	3.220	0.002
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	0.511	0.184	0.212	2.773	0.006

Constant	0.104	0.630	-	0.165	0.000
----------	-------	-------	---	-------	-------

ค่าคงที่ = 0.104, F = 3.398, p-value<0.001, R = 0.467, R² = 0.218

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายผลทำนายทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต ได้ร้อยละ 21.8 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ประกอบด้วย กลุ่มอายุ, ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม, ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย

กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (p-value=0.049) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มอายุของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 51.18 ปี (S.D.=10.479) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี (ร้อยละ 60) ซึ่งถือว่าเป็นวัยกลางคนที่ทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นคือหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบภาระผู้สูงอายุเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ⁹ เนื่องจากสังคมไทยจะให้ความสำคัญกับความกตัญญูกตเวทียเป็นอย่างมาก การมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูกตเวทียส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวตนเอง เหตุผลสำคัญประการหนึ่งในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุคือ ผู้ทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นผู้

ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ เพราะส่วนใหญ่เป็นการดูแลพ่อแม่ของตนเอง (ร้อยละ 50.71) และดูแลปู่ย่า/ตายาย (ร้อยละ 17.86) ดังนั้นผู้ดูแลจึงทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) และผู้ดูแลรองหรือญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สามารถจัดการปัญหาต่างๆรวมทั้งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล¹⁰ การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามีภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้สูงอายุนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลนอกจากนั้น เหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความผูกพันกับผู้สูงอายุ โดยเป็นสามีภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร เป็นความผูกพันที่ผู้สูงอายุมีต่อกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย¹¹

ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับทักษะการ

ปฏิบัติงานของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ (p-value <0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าวได้แก่ความรู้ จากข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีระดับความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.57) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆของบุคคลความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมได้แก่ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ครั้งละ 30 นาทีจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ($\bar{X}$ =0.93, S.D.=0.258) รองลงมาคือ การประเมินภาวะวิกฤติในผู้ป่วยสูงอายุประเมินได้จากข้อมูลของผู้สูงอายุการสังเกตการติดต่อสื่อสาร ($\bar{X}$ =0.82, S.D. = 0.384) ตามลำดับสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹² ได้ข้อค้นพบว่าผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและทราบถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ แต่ถ้าผู้ดูแลหลักไม่มีความรู้ด้านปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว ตนเองยังจะได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล คือ สภาวะความเครียดของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้น

ทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแล ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (p-value = 0.003) อธิบายเหตุผลได้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดี (เชิงบวก) หรือทัศนคติที่ไม่ดี (เชิงลบ) ซึ่งสอดคล้องกับ Thurstone¹³ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein¹⁴ กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคดีย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกันซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ดูแลอาจต้องใช้กิจกรรมการเสริมทักษะด้านการปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การใส่สายสวนปัสสาวะหรือการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการ

ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีและถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบิดาหรือมารดาของตนเอง (ร้อยละ 50.71) ถือว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ส่งผลให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุหรือกลายเป็นกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลเอาใจใส่และให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยและผู้ดูแลยังเกิดความความตระหนักถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปจนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพราะผู้ดูแลคิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพทำให้ผู้ดูแลได้เกิดการพัฒนาทักษะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุเพราะทักษะในการดูแลบางเรื่องจะต้องอาศัยความใส่ใจเป็นพิเศษ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะหรือการดูดเสมหะ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ($p\text{-value}=0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรคและมีการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่¹⁵ และสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker¹⁶ ที่กล่าวว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะ

ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเป็นการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกกลัวโรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นการคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นด้วย หรือผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้มากกว่าคนปกติหรือผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันหมู หากทานมากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงขึ้นได้และผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้มากกว่าคนอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขเขตจังหวัดภูเก็ต ควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นความรู้ด้านการออกกำลังที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อปรับทัศนคติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบุคคลต้นแบบ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการ

เจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับ
ของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช พรหมภักดี.การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). วารสารสำนักวิชาการสำนักเลขาธิการวุฒิสภา. 2556; 3(16):3.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต.การคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. ข้อมูลเดือนกันยายน; 2562.
3. ชิต บุญมาก และคณะ. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครแม่สอด. โรงพยาบาลแม่สอด; 2559.
4. Green, L. W. and Kreuter, M. W. Health promotion planning: and environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing; 1991.
5. Daniel W.W. Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
6. Bloom, B.S. Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York; 1975.
7. Best, John W. Research is Evaluation. (3^ded) . Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
8. Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row; 1997.
9. Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H. "The spouse: A factor in recovery after myocardial infarction." In Heart & Lung: Journal of Clinical Care. 1992;1: 30-38.
10. ศิริพันธ์ สาสัตย์. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
11. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2548.
12. ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุโดยชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพ มหานคร: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2559.
13. Thurstone, L.L. Reading in attitude theory and measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc; 1970.
14. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
15. Rosenstock. History origins of the health belief model: Health Education Monograph; 1974.
16. Becker, Marshall H. The health belief model and preventive behavior. Health Education Monographs; 1974.