



ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล  
จังหวัดฉะเชิงเทรา



เสาวลักษณ์ สุขชะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล  
จังหวัดฉะเชิงเทรา



เสาวลักษณ์ สุขชะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING THE CAREGIVING ROLES FOR PERSONS WITH  
DEPENDENCY AMONG CARE ASSISTANTS, CHACHOENGSAO PROVINCE



SAOWALAK SUKKHA

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE  
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ เสาวัลักษณ์ สุขชะ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.รักษนก กชไกร)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920248: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
 คำสำคัญ: ผู้ช่วยเหลือดูแล/ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง/ การปฏิบัติบทบาทการดูแล/ ปัจจัยทำนาย  
 เสาวลักษณ์ สุขชะ : ปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้  
 ช่วยเหลือดูแลจังหวัดฉะเชิงเทรา. (FACTORS PREDICTING THE CAREGIVING ROLES FOR  
 PERSONS WITH DEPENDENCY AMONG CARE ASSISTANTS, CHACHOENGSAO  
 PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรรณรัตน์ ลาวัง, ปร.ด., พัชรินทร์ พูลทวี, ปร.ด.  
 ปี พ.ศ. 2567.

ภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต  
 ผู้ช่วยเหลือดูแลเป็นเครือข่ายชุมชนสำคัญในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว การวิจัยแบบ  
 ความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มี  
 ภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด  
 ในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 292 คน ที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง  
 เดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย  
 ข้อมูลการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท  
 ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท (มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ  
 ระหว่าง 0.701-0.957) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ  
 ขั้นตอนผลการวิจัยพบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ใน  
 ระดับมาก ( $M = 15.45, SD = 3.66$ ) ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล ( $\beta = 0.359, p < .001$ )  
 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $\beta = 0.267, p < .01$ ) และแรงจูงใจในการปฏิบัติ  
 บทบาท ( $\beta = 0.265, p < .01$ ) สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง  
 ของผู้ช่วยเหลือดูแล ได้ร้อยละ 41.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{adj} = .410, F = 68.541, p < .05$ )  
 ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนควร  
 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล โดย  
 การพัฒนา โปรแกรมฯ ที่เน้นสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล ร่วมกับการเพิ่ม  
 ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดี  
 และประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

62920248: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: CARE ASSISTANT(S)/ PERSON(S) WITH DEPENDENCY PERFORMING ROLES/ CARING PREDICTIVE FACTORS

SAOWALAK SUKKHA : FACTORS PREDICTING THE CAREGIVING ROLES FOR PERSONS WITH DEPENDENCY AMONG CARE ASSISTANTS, CHACHOENGSAO PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: WANNARAT LAWANG, Ph.D. PATCHARIN PHONTHAVEE, Ph.D. 2024.

The condition of dependency is a significant public health problem today and is likely to increase in the future. Care assistant is an important community network in caring for people with long-term dependency. This predictive correlational research aimed to describe the performing roles of caring for persons with dependency among care assistants and to determine factors predicting their roles. Multi-stage random sampling was used to recruit 292 care assistants who met the specified criteria in Chonburi province. Data was collected between January and November using a self-report questionnaire including performing roles of caring, access to information about care, motivation to perform the role, knowledge about care, resources to perform the role (reliability coefficients between 0.701-0.957). Descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics were performed to analyze the data.

The study revealed that the overall of the performing roles of caring for persons with dependency among care assistants was rated at a high level ( $M = 15.45$ ,  $SD = 3.66$ ). The access to information about care ( $\beta=0.359$ ,  $p < .001$ ), knowledge about care ( $\beta=0.267$ ,  $p<.01$ ), and motivation to perform the role ( $\beta=0.265$ ,  $p < .001$ ) could predict 41.00 % of the variance accounted. ( $R^2_{adj}=.410$ ,  $F = 68.541$ ,  $p < .05$ ). These findings suggest that nurses, and other health personnel who work in communities should address for promoting the performing roles of caring for persons with dependency among care assistants through developing program by focusing on supporting access to information about care along with improving knowledge about care and building motivation to perform the role to lead high performance of their roles and good effectiveness and efficiency in caring for those who are dependent.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่อง ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ “ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย สำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มหาวิทยาลัยบูรพา” ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่สนับสนุนทุนเพื่อใช้ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รักษนก คชไกร และคณะกรรมการสอบปากเปล่า วิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่อนุญาติให้ดำเนินการวิจัย และคอยอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคุณผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care Manager) ทุก ๆ ท่าน ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ได้ถ่ายทอด วิชาความรู้ในวิชาการด้านต่าง ๆ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุก ท่าน ทั้งรุ่นรหัสนิสิต 62 รุ่นพี่และรุ่นน้องสาขาและต่างสาขาที่คอยช่วยเหลือทางด้านการศึกษาโดย ตลอด

ขอขอบพระคุณบุญคุณอันยิ่งใหญ่ของ คุณพ่อสำเนียง คุณแม่ละเอียด สุขชะ บิดา มารดา และพี่สาวทั้งสอง คุณนิภาภรณ์ ณรงค์ประคิษฐ์ คุณหนึ่งฤทัย สุขชะ ครอบครัว และหลาน ๆ ที่มี ส่วนช่วยเป็นแรงใจ แรงผลักดันจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้ ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณ คุณประกิต เล็กศิริ สามี ที่ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างเสมอมา จึงทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ และ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่การศึกษาต่อไป

เสาวลักษณ์ สุขชะ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฌ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
สมมุติฐานการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง .....	10
ผู้ช่วยเหลือดูแลกับบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง .....	24
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือดูแล .....	29
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือดูแล .....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	50

การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	56
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	60
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง .....	60
ส่วนที่ 2 ข้อมูลตัวแปรต้นที่ศึกษา.....	63
ส่วนที่ 3 การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล.....	66
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล.....	69
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล .....	71
สรุปผลการวิจัย .....	71
อภิปรายผล.....	72
ข้อเสนอแนะ .....	76
บรรณานุกรม .....	78
ภาคผนวก .....	85
ภาคผนวก ก .....	86
ภาคผนวก ข .....	88
ภาคผนวก ค .....	91
ภาคผนวก ง.....	97
ภาคผนวก จ .....	109
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	115

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ช่วยเหลือดูแล .....	49
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม .....	56
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 292).....	61
ตารางที่ 4 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยรายข้อและการแปลผลตัวแปรต้น (n= 292) .....	65
ตารางที่ 5 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยรายข้อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล (n = 292) .....	67
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล แยกรายข้อ (n = 292) .....	68
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล (n = 292).....	70
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แยกรายข้อ (n = 292) .....	110
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แยกรายข้อ (n = 292).....	111
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แยกรายข้อ (n = 292).....	113
ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 192).....	114

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง .....	33
ภาพที่ 3 ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. และขั้นตอนที่ 3 การสุ่ม ผู้ช่วยเหลือดูแลตัวอย่าง .....	46
ภาพที่ 4 ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. และขั้นตอนที่ 3 การสุ่ม ผู้ช่วยเหลือดูแลตัวอย่าง .....	47
ภาพที่ 5 ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. และขั้นตอนที่ 3 การสุ่ม ผู้ช่วยเหลือดูแลตัวอย่าง .....	48

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

‘ภาวะพึ่งพิง’ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทย สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่ทำให้วิถีชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หากผู้ที่เจ็บป่วยดังกล่าวดูแลตนเองไม่ดีหรือได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเกิดภาวะพึ่งพิงตามมา องค์การอนามัยโลก (World health organization; WHO) รายงานว่า โรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และเบาหวาน รวมถึงโรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุให้ประชากรโลกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและสูญเสียสุขภาพ (WHO, 2014) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจนปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีถึงร้อยละ 10 ปี พ.ศ. 2564 เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completely aged society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีถึงร้อยละ 20 และมีการคาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2574 จะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีถึงร้อยละ 28 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ร่างกายเสื่อมโทรมและมีปัญหาสุขภาพ โดยมากกว่าครึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเส้นเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมองเสื่อม เป็นต้น โรคที่มากับความเสื่อมตามวัยนี้ลุกลามและนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) จากรายงาน พบว่า สถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเตียงและ/หรือเป็นผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 8.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 8.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2564 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) จากการเปลี่ยนแปลงข้างต้นเป็นสาเหตุหลักของภาวะพึ่งพิงที่ต้องการดูแลระยะยาว

‘ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง’ เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยมีเกณฑ์พิจารณา คือ ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอด (Barthel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) จากข้อจำกัดทำให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย มีความต้องการทั้งทางร่างกายรวมทั้งจิตสังคม จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้อาจต้องฟื้นฟู

สมรรถภาพ ให้การพยาบาล บริการด้านสังคม หรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ในระยะยาว หากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว ตลอดจนภาครัฐที่ต้องแบกรับภาระด้านบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบเหมาจ่ายประมาณ 6,000 บาท/คน/ปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ดังนั้น เพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่ดี ทั้งนี้จากข้อมูลตั้งแต่ปี 2554 – 2564 จะเห็นได้ว่า อัตราการเป็นภาระของผู้สูงอายุจะมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการเป็นภาระปี พ.ศ. 2554 เท่ากับ 18.1 ปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 22.30 ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 25.30 และปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 30.50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ประเทศไทยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานดูแลระยะยาวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ ลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จึงเป็นระบบบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม จนสามารถตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ อันเนื่องมาจากความสูงอายุ ภาวะเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และความพิการต่างๆ โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และไม่ใชทางการที่ดูแลโดยครอบครัว หรือ เพื่อนบ้าน เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) จากข้างต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการจัดการการดูแลผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา

“การจัดการการดูแล” เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลในชุมชน โดยการสนับสนุนให้ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ทุพพลภาพสามารถใช้ชีวิตร่วมกับสังคมได้ไม่ว่าผู้นั้นจะอยู่ในสภาวะใดก็ตาม (ศิวัพร ชุ่มเย็น และ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2566) ดังนั้น การดำเนินงานจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนทั้งเครือข่ายบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแล ทั้งร่วมค้นหา ร่วมวางแผน ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ และร่วมกำกับติดตามการดำเนินงาน เพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากรสังคมด้านต่างๆ ได้อย่างคุ้มค่าและเหมาะสม ซึ่ง

สอดคล้องกับกรอบการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกันของ 3 ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพเชิงรุก (พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) และทีมหุ้นส่วนชุมชน (ผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร) จะช่วยให้การดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ดังนั้น การจัดการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้จำเป็นต้องส่งเสริมให้ทุกเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการสำรวจพบว่า ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบทั้งหมดอาศัยร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว แต่มีแนวโน้มอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานวัยแรงงานที่ทำหน้าที่ดูแลมีอยู่อย่างจำกัด และมีอัตราส่วนเกือหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 อัตราส่วนเกือหนุนเท่ากับ 9.3 ลดลงเป็น 3.3 ในปี พ.ศ. 2564 กล่าวคือ ผู้สูงอายุ 1 คน มีวัยทำงานที่ให้การเกือหนุนเพียงประมาณ 3 คนเท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจา ภูไปพลย์ และคณะ (2561) ที่พบว่าแนวโน้มสัดส่วนครอบครัวเดี่ยวต่อครอบครัวขยาย เท่ากับ 60.3 : 29.6 ต่อมา เท่ากับ 49.8 : 35.7 ในปี พ.ศ. 2556 นอกจากนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การดูแลผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือปัญหาสุขภาพจิตเป็นการดูแลที่ยุงยาก ซับซ้อน ใช้เวลา และต่อเนื่องยาวนาน (กัญญรัตน์ กัญญะกาญจน์ และคณะ, 2562) อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระเหนื่อย เครียด ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา (กัญญาณัฐ สุภาพร, 2563; มณีรัตน์ ชาวบล และคณะ, 2565) นำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ลดลงหรือละเลยการดูแล (สรวงสุดา เจริญวงศ์ และคณะ, 2561) ส่วนเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนพบว่า มีข้อจำกัดหลายประการในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ดังเช่น พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมีภาระงานมากและมีจำนวนจำกัด (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2562) อสม. มีภารกิจค่อนข้างมากทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันโรค ปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือจัดกิจกรรมในชุมชน (สุพัตรา ศรีชุม, 2560) อีกทั้งผู้นำชุมชนมีข้อจำกัดเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้บทบาทการดูแลและทัศนคติต่อการดูแล จากข้อจำกัดข้างต้น เครือข่ายการดูแลจึงไม่สามารถดูแลและติดตามผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนได้เต็มที่ และครอบคลุม รัฐบาลจึงมีนโยบายพัฒนาผู้ช่วยเหลือดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทีมสุขภาพ และ อสม. เพื่อลดช่องว่างของปัญหาการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน

‘ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care assistant)’ หรือ ‘อาสาสมัครให้การดูแล (Care giver)’ เป็นบุคคลในชุมชนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานและได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งปัจจุบันมีหลักสูตรการอบรมที่จัดโดยหลายหน่วยงาน (กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข, 2563) โดยผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแล ได้แก่ การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละบุคคล การปฏิบัติ/ ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละบุคคล เช่น ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสภาพแวดล้อม ส่งเสริมสุขภาพ สังเกตการเปลี่ยนแปลง ส่งต่อ รายงาน เป็นต้น และการติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธีรังสวัสดิ์, 2561; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากบททวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติบทบาทการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ชญาต คำโสม และคณะ, 2562; ศิวพร ชุ่มเย็น และศิริวิไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2566) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลที่ผ่านการอบรมมีความพึงพอใจต่อการบริการ (ธิดารัตน์ สมดี และคณะ, 2563) และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ประเสริฐ สาทวีรัมย์, 2565) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. ขยายขอบเขตการดูแลระยะยาวของผู้ช่วยเหลือดูแล กล่าวคือ สปสช. ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการยกระดับการดูแลระยะยาวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายมากขึ้น และการเติมเต็มช่องว่างในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มอายุ การศึกษาการทำบทบาทในกลุ่มดังกล่าว จึงเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการการเติมเต็มและพัฒนาให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทุกกลุ่มอย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลด้านต่างๆ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลการดูแล (นิชนันท์ สุวรรณกัญญา และคณะ, 2564; ภาณิต หลีเจริญ และคณะ, 2566) แรงจูงใจในการปฏิบัติ (จินตนา บุญยิ่ง, 2555; ชญาต คำโสม และคณะ, 2562; ทวิช วงศ์ไชยชาญ และชนะพล ศรีฤาชา, 2561; วศินี ชีววรรณลักษณ์ และคณะ, 2566; สุภาพร เจือมา และชนะพล ศรีฤาชา, 2561) ความรู้ (Yaebkai & Wongsawat, 2022; ชญาต คำโสม และคณะ, 2562; มินลา นาคหนูน และคณะ, 2566; วิชัย ศิริวรรณวิจิตร, 2564; วุฒิกัทร สอนใหม่ และคณะ, 2566) การได้รับสนับสนุนทรัพยากรหรือวัสดุอุปกรณ์ (จิราวรรณ นามพันธ์ และคณะ, 2563; มินลา นาคหนูน และคณะ, 2566) รวมทั้งการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ชญาต คำโสม และคณะ, 2562; วศินี ชีววรรณลักษณ์ และคณะ, 2566; ศิวพร ชุ่มเย็น และศิริวิไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2566; ศุภธินี สาครวาสี, 2554)

จากปัจจัยดังกล่าว พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่อธิบายการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังภายใต้การผสมผสานการดูแลของสมาชิกในครอบครัวร่วมกับการ

สนับสนุนของเครือข่ายในชุมชนแต่ละระดับ โดยสมาชิกเครือข่ายจะปฏิบัติบทบาทได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพเครือข่ายการดูแลต้องได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ (Informed) ได้รับแรงจูงใจ (Motivated) และได้รับการเตรียมพร้อมด้านความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็น ทั้งที่เป็นสิ่งของและบุคคล (Prepared) เมื่อประยุกต์แนวคิดดังกล่าวร่วมกับพิจารณาผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้ช่วยเหลือดูแลจึงเป็นหนึ่งในสมาชิกเครือข่ายที่มีปฏิสัมพันธ์และใกล้ชิดกับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงโดยตรง โดยปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

จากข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและมีส่วนรับผิดชอบการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในบริบทจังหวัดฉะเชิงเทราที่เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในปริมณฑล มีความหลากหลายของพื้นที่ทั้งชุมชนเมือง ชนบท หรืออุตสาหกรรม และมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการดูแลระยะยาวทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และคนพิการจำนวน 3,310 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ.2560-2562 ร้อยละ 15.71, 16.18, 16.66 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2563) โดยจังหวัดฉะเชิงเทราได้ผลิตผู้ช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระจายทุกอำเภอ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งผลการศึกษาย่อมทำให้ได้ข้อมูลและเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล นำไปเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรม/รูปแบบ/กลวิธีสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ลดภาระของสมาชิกในครอบครัว พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ รวมถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

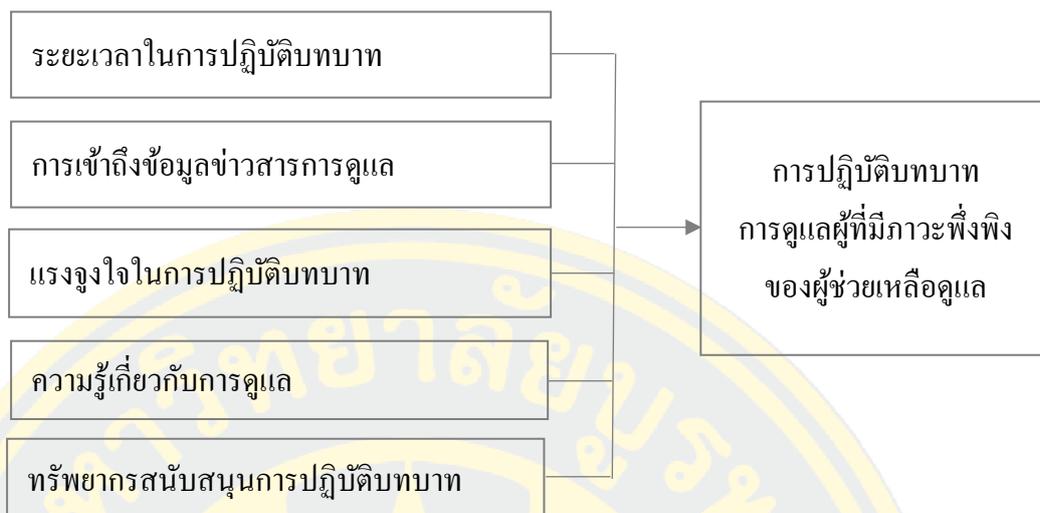
## สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้บูรณาการกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition [ICCC] Framework) (WHO, 2002) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบการดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง โดยระบุว่า การดูแลภาวะเรื้อรังเป็นการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์กันภายใน โครงสร้างการจัดการดูแลภาวะเรื้อรัง ซึ่งระบบการเชื่อมโยงและการปฏิสัมพันธ์มีได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบใหญ่ (Macro system) ระบบกลาง (Meso system) และ ระบบเล็ก (Micro system) ซึ่งแต่ละระบบมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป โดยระบบที่มีความใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังมากที่สุด คือ ระบบเล็ก ซึ่งการศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์เฉพาะระบบเล็กมาพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย เครื่องมือการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังในระบบเล็กมี 3 ส่วน ได้แก่ (1) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว (2) ทีมดูแลสุขภาพ และ (3) หุ่นส่วนชุมชน โดยแต่ละส่วนจะปฏิบัติบทบาทได้สำเร็จต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ (Informed) ได้รับการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) และได้รับการเตรียมการที่จำเป็น (Prepared)

เมื่อนำกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาประยุกต์กับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ระบบเล็กของการดูแล ประกอบด้วย การดูแลกันในครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลสุขภาพทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และการสนับสนุนจากหุ่นส่วนในชุมชน แต่เนื่องจากเครื่องมือการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีเข้ามาทำหน้าที่ดูแลเพิ่ม นั่นคือ ผู้ช่วยเหลือดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลจะปฏิบัติบทบาทได้สำเร็จตามกรอบแนวคิดนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสร้างแรงจูงใจ และการได้รับการเตรียมการ เมื่อประยุกต์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวของผู้ช่วยเหลือดูแลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่มีมาตรฐาน โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ และขึ้นทะเบียนปฏิบัติงาน เพื่อทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ให้บริการแบบไม่เต็มเวลา รับค่าตอบแทนในการดูแล และไม่ใช้บุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแล จำนวน 292 คน ซึ่งได้มาจากกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยมีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท
2. ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ช่วยเหลือดูแล หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่มีมาตรฐาน โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เห็นชอบ และขึ้นทะเบียนปฏิบัติงาน และเพื่อทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ให้บริการแบบไม่เต็มเวลา รับค่าตอบแทนในการดูแล และไม่ใช้บุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแล

2. การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การทำกิจกรรมในหน้าที่ตาม บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสำรวจและ จำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (2) การประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิง (3) การปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ (4) การติดตามประเมินผลและ จัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม

3. ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่ที่ผู้ช่วยเหลือผ่านการ อบรมและเริ่มปฏิบัติงานการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจนถึงปัจจุบัน โดยนับระยะเวลาเต็มปีบริบูรณ์

4. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ช่วยเหลือดูแลถึง ความสามารถของตนเองในการได้รับข้อมูลผ่านรูปแบบต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ (1) สถานการณ์ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน และ (2) แหล่งทรัพยากร บริการต่างๆ และหน่วยงานที่สนับสนุน ซึ่ง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

5. แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้ของผู้ช่วยเหลือดูแลต่อการปฏิบัติ บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) การได้รับการยอมรับนับถือ (2) ความสัมพันธ์ในการทำงาน (3) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ (4) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (5) ความก้าวหน้าในงาน และ (5) การกระตุ้นการปฏิบัติงาน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของ อสม. ของจรรยาลักษณะ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (จรรยาลักษณะ ป้องเจริญ และ ยุคนธ์ เมืองช้าง, 2562)

6. ความรู้เกี่ยวกับการดูแล หมายถึง ความเข้าใจของผู้ช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ ตามบทบาทดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน (2) การประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (3) การปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ (4) การติดตามประเมินผลและจัดทำ รายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม

7. ทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้ของผู้ช่วยเหลือดูแลถึงการ ได้รับสนับสนุนทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือที่ถูกจัดไว้ให้ เพื่อการปฏิบัติบทบาทการ

ดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ (2) การสนับสนุน  
วัสดุ/ครุภัณฑ์ด้านสาธารณสุข (3) การสนับสนุนงบประมาณ และ (4) การสนับสนุนการบริหาร  
จัดการ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม



## บทที่ 2

### เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย รายละเอียดดังนี้

1. การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. ผู้ช่วยเหลือดูแลกับบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว
3. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

#### การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

##### 1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บางครั้งอาจมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาล การบริการด้านสังคม รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น (ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, 2559) การจำแนกบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและประเมินความก้าวหน้าในการดูแลสามารถประเมินได้จากศักยภาพของร่างกาย คือ ตัวชี้วัดประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living [ADL]) ตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ประกอบกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ซึ่งมีคะแนนรวม 20 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่มีผลคะแนนการประเมินมีผลรวมคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป เรียกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มนี้ว่า “ติดสังคม” คือคนที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้ ช่วยเหลือชุมชนและสังคม

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่มีผลคะแนนการประเมินมีผลรวมคะแนนอยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน เรียกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มนี้ว่า “ติดบ้าน” เป็นกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความสามารถดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้างในกิจกรรมประจำวันบางอย่างและต้องการให้ผู้ช่วยเหลือดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวันบางอย่าง

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้ที่มีผลคะแนนการประเมินมีผลรวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน เรียกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มนี้ว่า “กลุ่มติดเตียง” เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้เลย ขาดการปฏิบัติบทบาทการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันทั้งหมด

จากข้างต้น ผู้ที่อยู่กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงคือ ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถพิจารณาได้หลายกลุ่มตามสาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564; อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560)

1). ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นบุคคลที่ร่างกายเสื่อมโทรมลงตามธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้กลายเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ และส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (ติดบ้าน) หรือช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (ติดเตียง)

2). ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มบุคคลที่สูญเสียความสามารถ หรือไม่สามรถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันจากสาเหตุภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง อาทิ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อมระยะท้าย มะเร็งระยะลุกลาม เบาหวานที่ถูกตัดขา เป็นต้น

3). คนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มบุคคลที่สูญเสียความสามารถ หรือไม่สามรถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันจากสาเหตุความพิการ อาทิ คนพิการด้านการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายจากการได้รับอุบัติเหตุ จากการทำงาน จากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ทั้งนี้ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายอาจมีสาเหตุหลายประการทั้งความสูงอายุ ความพิการ หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังระยะลุกลาม

การศึกษาครั้งนี้ให้คำจำกัดความผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงว่า เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน และมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือการดูแลจากบุคคลอื่น โดยพิจารณาจากผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ครอบคลุม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

## 2. ปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง

จากการทบทวรรณกรรมปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์จิตตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและมีปัญหาอื่นๆ ตามมา สามารถสรุปปัญหาและความต้องการครอบคลุม 3 ด้าน ดังนี้

### 2.1 ปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง

#### (1) ปัญหาของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านร่างกาย

1) ปัญหาข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นผลมาจากความเสื่อมความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ที่อาจเกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัย เช่น ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม ภาวะกระดูกพรุน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือการบาดเจ็บที่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่งในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้งานอวัยวะในส่วนนั้นๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายนั้นลดลง และส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Mukherjee et al., 2018, สุภาดา คำสุชาติ, 2560)

2) ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและขาดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการมองเห็น หรือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

(2) ความต้องการของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านร่างกาย ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงต้องการให้ช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลปัญหาสุขภาพกายต่าง ๆ การดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการคงอยู่ในสภาพร่างกายที่แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้ยังต้องการให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มาให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาด้านสุขภาพ มาตรวจเยี่ยม และดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง (สุริยา ฟองเกิด, 2562) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเท่านั้น แต่ยังเน้นการสร้าง ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสภาพภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล เพราะช่วยให้สามารถตรวจสอบสภาพร่างกายและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วถึง และนำไปสู่การดูแลและการรักษาที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น (สุปริดา มั่นคง และคณะ, 2559)

2.2 ปัญหาและความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563, สุภาดา คำสุชาติ, 2560)

(1) ปัญหาของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านจิตสังคม

1) ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ จากการต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่นสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ หรือการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงนั้นสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดรู้สึกท้อแท้หมดหวัง รู้สึกน้อยใจ อ่อนไหวง่าย หรือเกิดความเครียดสะสม และสูญเสียการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง

2) ปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และชุมชนลดลง สืบเนื่องจากการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง รวมถึงภาวะทางด้านจิตใจ การจะออกไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลรอบข้างมีความยากลำบากมากขึ้น ในบางรายอาจมีกลัวกลัวพบปะผู้อื่นเนื่องจากกลายเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย การขาดการมีปฏิสัมพันธ์จะยิ่งมีมากขึ้นในผู้ที่ขาดผู้ดูแล

(2) ความต้องการของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านจิตสังคม (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1) ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจิตใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงแบบกะทันหัน จะมีความเครียดและความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงกลุ่มอื่น การได้รับกำลังใจจากผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิด หรือคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล ความหวาดกลัว และความเครียด ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

2) ผู้ที่ภาวะฟุ้งฟิงบางรายต้องการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจ หรือกิจกรรมที่ชื่นชอบร่วมกับบุคคลในชุมชน ชักชวนเพื่อนสนิทหรือคนใกล้ชิดมาร่วมพูดคุยเป็นประจำ หรือพาผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่ไปพบปะสังสรรค์ร่วมกับเพื่อนสนิท หรือญาติ เพื่อหลีกเลี่ยงการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ และลดการเกิดภาวะโรคซึมเศร้าที่อาจเกิดจากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อเป็นการสร้างการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

3) ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงควรได้รับการส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมให้กับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีแหล่งรายได้ที่เพียงพอในการดำรงชีพ ตลอดจนการเข้าถึงเบี้ยยังชีพและสวัสดิการต่างๆ การได้รับความช่วยเหลือด้านรายได้หรือสวัสดิการการรักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป็นการช่วยลดต้นทุนในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากปัญหาหรือข้อจำกัดข้างต้นจึงเล็งเห็นความสำคัญที่ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา ทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแล

จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแล ลงพื้นที่ในการดูแลอย่างเหมาะสม และนำความรู้ที่ได้ไปดูแลญาติ คนใกล้ชิด หรือแนะนำผู้อื่นให้ดูแลผู้ป่วยได้ เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และนำไปสู่การผลการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้บรรลุตามการวางแผนในการดูแลด้านสาธารณสุขต่อไป

จากข้างต้น การสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### 3. นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 3.1 นโยบายการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552 ได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญ คือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ โดยในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้มีนโยบายสำคัญในการมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นการระแ่ครอบครัวมากเกินไป (กัญญา ศรีประยงค์, 2562; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว มีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับตำบล ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่างล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) คือ 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็น ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร 4) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

นอกจากนี้ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานนำร่องระบบการดำเนินงานผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (LTC) โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในการบริหารงาน

ภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่และคัดเลือกพื้นที่นำร่องโครงการจำนวน 1,092 แห่งทั่วประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) มอบหมายให้สหวิชาชีพในพื้นที่เป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว และได้มีการอบรมประชาชนพื้นที่อาสาสมัครและมีความสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมาทำหน้าที่ผู้ดูแลให้บริการด้านสุขภาพและสังคมแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักสูตรการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) การดำเนินงานนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสม แต่ยังเป็นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาระการดูแลจากครอบครัวและสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างยั่งยืน การปรับโครงสร้างรัฐสวัสดิการเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการกระจายอำนาจการดูแลทางสังคมและความช่วยเหลือทางสังคม รัฐบาลหลายๆ ประเทศใช้มาตรการที่เป็นรูปธรรมสอดคล้องกับกระบวนการที่สนับสนุน โยบาย ทำให้บ้านพักคนชราหลายแห่งถูกปิดด้วยมีความเห็นว่าผู้สูงอายุสามารถได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดที่บ้าน (Bredewold et al., 2018)

### 3.2 การดูแลระยะยาวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

การดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การให้บริการสุขภาพและสังคมที่ตอบสนองความต้องการและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ หรือผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในการดูแลตนเอง เราพบว่าการบริการนี้อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งมุ่งเน้นในการฟื้นฟู บำบัด และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับกลุ่มผู้ที่ต้องการดูแล โดยให้เน้นที่การเสริมสร้างความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ การบริการเหล่านี้มักจะเน้นการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์และสังคม และบางครั้งอาจมีการช่วยเหลือจากครอบครัว อาสาสมัคร หรือเพื่อนบ้านด้วย เราควรทำให้การบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นเหมาะสมและต่อเนื่องอย่างเหมาะสมตามหลักการของการเคารพศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทำให้ผู้รับบริการสามารถมีชีวิตที่อิสระและมีคุณภาพได้มากที่สุดที่เป็นไปได้ โดยการมีกระบวนการหน่วยงานบริการที่เกี่ยวข้องให้มีความใกล้ชิดและเชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ปวยระยะยาว (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์, 2560)

จากนโยบายและแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงข้างต้นทำให้การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุขของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ต่อเนื่องและเหมาะสม หน่วยงานบริการจะต้องเน้นการให้บริการแบบระยะยาว ซึ่งมีการกำหนดมีเป้าหมายที่มุ่งเน้นที่บ้าน หรือชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หรือคนในชุมชนใน

การจัดการบริการดูแลระยะยาว ซึ่งในการดำเนินการเรื่องนี้นั้น ได้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานบริการที่เกี่ยวข้อง มีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องนี้ในพื้นที่ด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) จากข้างต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการจัดการการดูแลผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา

### 3.3 แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดการการดูแล (Care Management) คือ การส่งเสริมให้เกิดการดูแลในชุมชนเป็นกระบวนการที่เน้นไปที่การส่งเสริมและดูแลสุขภาพของบุคคลในชุมชนให้มีคุณภาพและมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยใช้การประเมินความต้องการของผู้รับบริการและการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมตามความต้องการและสภาพภูมิคุ้มกันของผู้รับบริการเอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ซึ่งการจัดการการดูแลนี้มักจะเป็นร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และผู้ประสานงานทางสังคม เพื่อให้มีการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเฉพาะบุคคล โดยการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การวางแผนดูแล การสร้างแผนการดูแลแบบบุคลากรผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและเชื่อมโยงบริการสุขภาพต่างๆ ในชุมชนให้สอดคล้องและเสริมสร้างทั้งการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอย่างครอบคลุม โดยเน้นไปที่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของผู้รับบริการในชุมชนนั้นๆ ในที่สุดการจัดการการดูแลนี้จะส่งเสริมการเติบโตและพัฒนาของชุมชนอย่างยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับในการดูแลสุขภาพแบบอย่างที่ครอบคลุม นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนในระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2566) ได้อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุม 3 กลุ่มได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีขั้นตอนและกิจกรรมเชิงระบบผ่านการบริหารจัดการของผู้จัดการดูแล (Care Manager: CM) แบ่งระดับการพึ่งพิงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 กลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะล้ม มีแนวทางการดูแล ดังนี้

(1) ประเมินและวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้จัดการดูแลหรือผู้ดูแลระบบการดูแลระยะยาว 1 ครั้ง/ปี

(2) ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมหมอครอบครัว กิจกรรมและรูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

1) บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้คำแนะนำและฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่

- การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย การให้การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้า บริการสร้างเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น

- การดูแลด้านโภชนาการ เช่น ประเมินความสามารถการบดเคี้ยว กลืนและภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสมรายบุคคล แนะนำวางแผนและฝึกสอนการเตรียมอาหารทั่วไป หรืออาหารเสริม/พิเศษที่เหมาะสมรายบุคคล

- การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น ประเมินความจำเป็นของการใช้ยาที่เหมาะสม ป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกินความจำเป็น ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ร่วมกับการให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล

- การดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น ดูแลสุขภาพช่องปาก ดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น

2) บริการดูแลที่บ้านชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลโดยผู้ช่วยเหลือดูแลหรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ โดยรูปแบบการให้บริการและความถี่ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย ซึ่งความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง

- การบริการสาธารณสุขเบื้องต้นทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟู การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพ และตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น

- การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการรับประทานยา การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น

- การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน เพื่อการฟื้นฟูสภาพป้องกันอุบัติเหตุและการดูแลระยะยาว

(3) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือ อาจได้รับสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือสถานบริการสาธารณสุข หรือภาคเอกชน ตามสภาพความจำเป็นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

(4) ประเมินผลการดูแลระยะยาวและปรับแผนการบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care manager อย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง และดูแลให้ได้รับอัตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย

**ระดับที่ 2 กลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน แต่มีภาวะสับสนทางสมอง มีแนวทางการดูแล ดังนี้**

(1) ประเมินและวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้จัดการดูแลหรือผู้ดูแลระบบการดูแลระยะยาว 1 ครั้ง/ปี

(2) ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมหมอบรรเทา ครอบคลุม กิจกรรมและรูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

1) บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้คำแนะนำและฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่

- การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสถานะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย ให้การพยาบาลทั่วไป ให้คำปรึกษา ป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม ประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้า บริการสร้างเสริมสุขภาพ ให้บริการพยาบาลเฉพาะรายตามภาวะความเจ็บป่วย เป็นต้น

- การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น ทำกายภาพบำบัด ทำกิจกรรมบำบัด กระตุ้นการกลืน ให้บริการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก ป้องกันการหกล้ม ป้องกันข้อติด ฝึกผู้ดูแล เป็นต้น

- การดูแลด้านโภชนาการ เช่น ประเมินความสามารถการบดเคี้ยว การกลืนและภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำวางแผนและฝึกสอนการเตรียมอาหารทั่วไป หรืออาหารเสริม/พิเศษที่เหมาะสมรายบุคคล

- การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น ประเมินการใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกินความจำเป็น ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล

- การดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น ดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น

2) บริการดูแลที่บ้านชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลหรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จิตอาสา กิจกรรม รูปแบบการให้บริการ และ

ความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญ ตามคำแนะนำ การมอบหมายของบุคลากรวิชาชีพ ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- การบริการสาธารณสุขเบื้องต้นทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟู การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพ และตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น

- การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการรับประทาน การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น

- การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน เพื่อการฟื้นฟูสภาพป้องกันอุบัติเหตุและการดูแลระยะยาว/ผู้ป่วยสมองเสื่อม

(3) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยอาจได้รับสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือสถานบริการสาธารณสุข หรือภาคเอกชน ตามสภาพความจำเป็นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

(4) ประเมินผลการดูแลระยะยาวและปรับแผนการบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care manager อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง และยังคงดูแลให้ได้รับอัตราค่าบริการเหมาะสม

**ระดับที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีมีแนวทางการดูแล ดังนี้**

(1) ประเมินและวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ ผู้จัดการดูแลหรือผู้ดูแลระบบการดูแลระยะยาว 1 ครั้ง/ปี

(2) ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมหมอครอบครัว กิจกรรมและรูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

1) บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้คำแนะนำและฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่

- การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย การให้การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้า บริการสร้างเสริมสุขภาพให้บริการพยาบาลเฉพาะราย เช่น การป้องกัน เฝ้ารวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนต่าง ๆ เป็นต้น

- การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันการข้อติด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

- การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถการบดเคี้ยว การกลืนและภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอนการเตรียมอาหารทั่วไปหรืออาหารเสริมที่เหมาะสมรายบุคคล

- การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น การประเมินความจำเป็นและการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล แนะนำญาติ/ผู้ดูแลในการจัดเตรียม และการให้ยาอย่างเหมาะสมเฉพาะราย

- การดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น

2) บริการดูแลที่บ้านชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแล หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จิตอาสา กิจกรรม รูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญ ตามคำแนะนำ การมอบหมายของบุคลากรวิชาชีพ ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- การบริการสาธารณสุขเบื้องต้นทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟู การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การดูแลสายสวน ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น

- การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลเรื่องการรับประทานยา ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น

- การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน เพื่อการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว/ผู้ป่วยนอนติดเตียง

3) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยอาจได้รับสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือสถานบริการสาธารณสุข หรือภาคเอกชน ตามสภาพความจำเป็นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ เป็นต้น

4) ประเมินผลการดูแลระยะยาวและปรับแผนการบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care manager อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง และยังคงดูแลให้ได้รับอัตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย

ระดับที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต มีแนวทางการดูแล ดังนี้

(1) ประเมินและวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ ผู้จัดการดูแล หรือผู้ดูแลระบบการดูแลระยะยาว 1 ครั้ง/ปี

(2) ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมหมอบรรอบครัว กิจกรรมและรูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

1) บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้คำแนะนำและฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่

- การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสถานะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย ให้การพยาบาลทั่วไป ให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้า บริการสร้างเสริมสุขภาพให้บริการพยาบาลเฉพาะราย เช่น ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและดูแลแผลกดทับ ดูแลสายสวนต่าง ๆ เป็นต้น

- การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น ทำกายภาพบำบัด ทำกิจกรรมบำบัด กระตุ้นการกลืน ให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก ป้องกันการหกล้ม ป้องกันข้อติด/ข้อขัด ฝึกผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

- การดูแลด้านโภชนาการ เช่น ประเมินความสามารถการบดเคี้ยว การกลืนและภาวะโภชนาการเพื่อแนะนำส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสมรายบุคคล แนะนำวางแผนและฝึกสอนการเตรียมอาหารทั่วไปหรืออาหารเสริมที่เหมาะสมรายบุคคล

- การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น ประเมินความจำเป็นและการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกินความจำเป็น ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล แนะนำญาติ/ผู้ดูแลในการจัดเตรียม และการให้ยาอย่างเหมาะสมเฉพาะราย

- การดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น ดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น

2) บริการดูแลที่บ้านชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแล หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จิตอาสา กิจกรรม รูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญ ตามคำแนะนำ การมอบหมายของบุคลากรวิชาชีพ ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- การบริการสาธารณสุขเบื้องต้นทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟู การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การดูแลสายสวน ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น

- การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการรับประทาน การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น

- การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน เพื่อการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว/ผู้ป่วยนอนติดเตียง

3) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยอาจได้รับสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือสถานบริการสาธารณสุข หรือภาคเอกชน ตามสภาพความจำเป็นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ เป็นต้น

4) ประเมินผลการดูแลระยะยาวและปรับแผนการบริการโดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care manager อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง และยังคงดูแลให้ได้รับอัตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย

#### 4. เครือข่ายการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดการการดูแลเป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลในชุมชน โดยการสนับสนุนให้ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ทุพพลภาพสามารถใช้ชีวิตร่วมกับสังคมได้ไม่ว่าผู้นั้นจะอยู่ในสถานะใดก็ตาม (ศิวพร ชุ่มเย็น และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2566) ดังนั้น การดำเนินงานจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนที่มีทั้งเครือข่ายบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแล ทั้งร่วมกันหา ร่วมวางแผน ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ และร่วมกำกับติดตามการดำเนินงาน เพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากรสังคมด้านต่างๆ ได้อย่างคุ้มค่าและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกันของ 3 ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพเชิงรุก (พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) และทีมหุ้นส่วนชุมชน (ผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร) จะช่วยให้การดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ดังนั้น การจัดการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้จำเป็นต้องส่งเสริมให้ทุกเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครือข่ายการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีข้อจำกัดในการดำเนินการ ดังนี้

4.1 เครือข่ายในครอบครัว จากการสำรวจพบว่า ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงเกือบทั้งหมดอาศัยร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว แต่โครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานวัยแรงงานที่ทำหน้าที่ดูแลมีอยู่อย่างจำกัด และมีอัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 อัตราส่วนเกื้อหนุนเท่ากับ 9.3 ลดลงเป็น 3.3 ในปี พ.ศ. 2564 กล่าวคือ ผู้สูงอายุ 1 คน มีวัยทำงานที่ให้การเกื้อหนุนเพียงประมาณ 3 คนเท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สอดคล้องกับผลการศึกษารูจา ภูเก็ตและคณะ (2561) พบแนวโน้มสัดส่วนครอบครัวเดี่ยวต่อครอบครัวขยาย เท่ากับ 60.3 : 29.6 ต่อมา เท่ากับ 49.8 : 35.7 ในปี พ.ศ. 2556 จึงส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีแนวโน้มอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ครอบครัวมีปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านเวลาในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง เนื่องด้วยในช่วงเวลากลางวัน ลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัวมีความจำเป็นต้องทำงานหารายได้เพื่อมาเลี้ยงสมาชิกครอบครัว ทำให้ขาดผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ก็มีปัญหาระยะของผู้ดูแลไม่น้อย รวมไปถึงมีผลกระทบต่อโอกาสในด้านต่างๆทางสังคม บางครอบครัวที่มีฐานะค่อนข้างดีหน่อย ก็อาจเลือกไปใช้บริการผู้ดูแลที่จ้างมา ในขณะที่ผู้ที่มีฐานะไม่ดีก็ต้องดูแลกันไปตามอัธยาศัย และยังมีปัญหาในด้านการขาดความรู้และทักษะการดูแลที่ดี เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

#### 4.2 เครือข่ายในชุมชน

(1) ทีมสุขภาพเชิงรุกมีข้อจำกัดในการดูแลเนื่องจากพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมีภาระงานมากและมีจำนวนจำกัด (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2562) ประกอบกับจำนวนผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่มากขึ้น จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม

(2) ทีมหุ้นส่วนชุมชน เป็นกลุ่มบุคคลและองค์กรในชุมชนที่ร่วมกันดำเนินการในการดูแลและสนับสนุนผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในพื้นที่ของตน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพวกเขาให้ดีขึ้น เช่น ดูแลเป็นเพื่อนเลี้ยง สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนในด้านการศึกษาและการเรียนรู้ เสริมสร้างพื้นที่สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสนับสนุนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและสวัสดิการในชุมชน เป็นต้น ทีมหุ้นส่วนชุมชนมักเป็นตัวแทนของชุมชนและมีบทบาทสำคัญในการสร้างสังคมที่เข้มแข็งและอยู่ร่วมกันได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว อย่างไรก็ตาม อสม. มีภารกิจค่อนข้างมากทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันโรค ปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือจัดกิจกรรมในชุมชน (สุพัตรา ศรีชุม, 2560) อีกทั้งผู้นำชุมชนมีข้อจำกัดเรื่องความรู้การดำเนินงานดูแลสุขภาพ (ณัฐรดา แสคำ, 2563)

ดังนั้น การแก้ปัญหาดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องมาที่ผู้ช่วยดูแลเข้ามา  
บทบาทและส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (นิยากร อินทะขัน และคณะ, 2564)

## ผู้ช่วยดูแลกับบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

### 1. ผู้ช่วยดูแล

“ผู้ช่วยดูแล (Care Assistant)” หรือสามารถเรียกว่า “อาสาสมัครให้ดูแล (Care Giver)” เป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบผู้ช่วยดูแลเป็นผู้ได้รับหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้  
ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยภาคทางการ 1 คน ควรดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย คณะ  
ระดับของการมีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ผู้ช่วยดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้จะได้รับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่าง  
เป็นทางการ โดยจะต้องมีคุณสมบัติ คือ อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์จบการศึกษาไม่ต่ำกว่า  
มัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่า ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี  
งาม และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง  
ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด มีวุฒิภาวะและ  
บุคลิกลักษณะเหมาะสมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม มีความขยัน ความอดทนและมีความตั้งใจที่  
จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนมีเมตตา ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้อย่าง  
เหมาะสม (ภาสกร สวนเรือง และคณะ, 2561) ทั้งนี้ ผู้ช่วยดูแลจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม  
โดยในปัจจุบันมีหลักสูตรการอบรมที่จัดโดยหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงศึกษา กระทรวง  
แรงงาน และปัจจุบันมีกรมอนามัยร่วมด้วย

หลักสูตรการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยถูกออกแบบมาเพื่อเตรียมบุคลากรให้มีความรู้  
และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ หลักสูตร 70 ชั่วโมง และ  
หลักสูตร 420 ชั่วโมง ทั้งสองหลักสูตรมีวัตถุประสงค์และรูปแบบการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน ดังนี้

(1) หลักสูตร 70 ชั่วโมง หลักสูตรนี้มีระยะเวลาการฝึกอบรมเพียง 70 ชั่วโมง (สำนักงาน  
ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ออกแบบมาเพื่อผู้ที่มีประสบการณ์ใน  
การดูแลผู้ป่วยอยู่แล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีหนังสือรับรองจากโรงเรียน สถาบัน หรือสถาน  
ประกอบการที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดของหลักสูตร การอบรม เน้นการเสริมสร้างทักษะและความรู้  
เพิ่มเติมที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยเนื้อหาการอบรมจะเข้มข้นและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น  
คุณสมบัติผู้สมัคร ผู้สมัครต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีหนังสือ

รับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้สมัครส่วนใหญ่ มักเป็นผู้ที่เคยเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล หรือเคยเป็นพนักงานผู้ดูแลผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งมีพื้นฐานและทักษะการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว

(2) หลักสูตร 420 ชั่วโมง หลักสูตรนี้มีระยะเวลาการฝึกอบรมนานถึง 420 ชั่วโมง โดยมีหลายหน่วยงานที่จัดการอบรม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) หลักสูตรนี้ออกแบบมาเพื่อผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนและต้องการเริ่มต้นในสายอาชีพนี้ รายละเอียดของหลักสูตรครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งทางกายภาพและจิตใจ การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวัน การให้การพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการดูแลผู้ป่วยในสถานการณฉุกเฉิน มีการฝึกปฏิบัติจริงในสถานพยาบาลหรือสถานที่ที่มีการดูแลผู้ป่วย มีการประเมิน เมื่อได้รับการอบรมครบ 420 ชั่วโมง และสอบรับประกาศนียบัตรแล้ว สามารถสอบขึ้นทะเบียนและได้รับการคุ้มครองทางด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน)

ทั้งนี้ สองหลักสูตรมีความแตกต่างกัน ดังนี้

1. ระยะเวลาอบรม หลักสูตร 420 ชั่วโมงมีระยะเวลาอบรมนานกว่า จึงครอบคลุมเนื้อหา มากกว่า ขณะที่หลักสูตร 70 ชั่วโมงเน้นการเสริมสร้างต่อยอดทักษะและความรู้ที่มีอยู่แล้ว
2. คุณสมบัติผู้สมัคร หลักสูตร 420 ชั่วโมงเปิดกว้างสำหรับผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ ส่วนหลักสูตร 70 ชั่วโมงจำเป็นต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน
3. การปฏิบัติ ทั้งสองหลักสูตรมีการฝึกปฏิบัติจริง แต่หลักสูตร 420 ชั่วโมงจะเน้นการฝึกปฏิบัติเบื้องต้น ขณะที่หลักสูตร 70 ชั่วโมงจะเน้นการปฏิบัติในระดับที่สูงขึ้น
4. การขึ้นทะเบียน ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 420 ชั่วโมงสามารถสอบขึ้นทะเบียนและได้รับการคุ้มครองทางด้านแรงงาน ขณะที่หลักสูตร 70 ชั่วโมงไม่ได้ระบุเรื่องการขึ้นทะเบียน แต่เน้นการพัฒนาทักษะเพิ่มเติม

จากข้างต้น หลักสูตรทั้งสองนี้มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างบุคลากรที่มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยให้บุคลากรเหล่านี้สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพแก่ผู้ป่วยในชุมชนและสถานพยาบาลต่าง ๆ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน บางคนอาจจะผ่านการเป็น อสม.หรือญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน อาจสรุปได้ว่า ผู้ช่วยเหลือดูแล ไม่ถือเป็น อสม. แต่ อสม. สามารถมาอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลได้ อีกทั้ง ผู้ช่วยเหลือดูแลก็ไม่ถือเป็นญาติผู้ดูแล (Family caregiver) เพราะไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลักของผู้รับการดูแล รับค่าตอบแทนในการดูแล และไม่ใช่มูลค่าที่เป็นญาติผู้ดูแล (Family care giver)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้คำจำกัดความผู้ช่วยเหลือดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่มีมาตรฐาน โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ และขึ้นทะเบียนปฏิบัติงาน เพื่อทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ เป็นการให้บริการแบบไม่เต็มเวลา รับค่าตอบแทนในการดูแล และไม่ใช่บุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแล (Family care giver) และให้บริการแบบไม่เต็มเวลา (Part Time)

## 2. บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังของผู้ช่วยเหลือดูแล

บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมายภายใต้การกำกับของผู้จัดการดูแล (Care manager) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ดังนี้

2.1 การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่

(1) การสำรวจผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผู้จัดการดูแล ที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยจัดบริการ (โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ) มอบหมายผู้ช่วยเหลือดูแลดำเนินการคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือคนพิการนั้นมีความจำเป็นสำหรับการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม

(2) การจำแนกเพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่ ผู้ช่วยเหลือดูแลจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ประยุกต์โดยกรมอนามัย) จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

หลังจากนั้นประสานกับ Care manager จัดทำเป็นฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่ ลงในระบบการดูแลระยะยาวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอรับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด โดยเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะดำเนินการตรวจสอบรายชื่อที่ ผู้จัดการดูแลบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอีกครั้ง และกดยืนยัน จากนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จะดำเนินการ โอนงบประมาณในการจัดบริการมาที่กองทุนการดูแลระยะยาวที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 การประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับแต่ละราย

(1) การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล เป็น “การวางแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะรายอย่างเหมาะสม โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ตรวจสอบภาวะพึ่งพิงของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นระยะๆ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อ

1) ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและ ได้รับการบริการ

2) จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan) สำหรับผู้ต้องได้รับการ บริการ สาธารณสุขและการดูแล

3) ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุเมื่อมีการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ยังเป็นเครื่องมือ สำคัญสำหรับการหารือประชุมร่วมกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักของคนในชุมชนท้องถิ่นและวางแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะรายนั้นๆร่วมกัน

(2) การจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับแต่ละราย ผู้ช่วยเหลือดูแลมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มอบหมายผู้ช่วยเหลือดูแลให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย (Case conference) มีกำหนดการออกติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง/เดือน พร้อมวางแผนบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ สามารถจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลได้เป็น 4 กลุ่ม

1) กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

2) กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย มีภาวะสับสนทางสมอง

3) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ยังไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง

4) กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการจับถ้ำและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ทั้งนี้ ผู้จัดการดูแลกำกับผู้ช่วยเหลือดูแลที่อยู่ภายใต้การดูแล ในการดำเนินการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ตามที่ได้ วางแผนไว้และมอบหมายภารกิจให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลในการดูแล โดย ผู้จัดการดูแล นำ Care plan แนบพร้อมทั้งโครงการเสนอให้กับ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณานุมัติค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ

2.3 การปฏิบัติและหรือร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมแต่ละบุคคล เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559; สิทธิพร เกษจ้อย, 2560)

(1) การส่งเสริมสุขภาพอนามัย หมายถึง เป็นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ให้มีร่างกายแข็งแรงเจริญเติบโตปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งมีบริการการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ประกอบไปด้วย

1) ดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การจับถ้ำ เป็นต้น

2) ส่งเสริมสุขภาพและดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ

3) สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งต่อโดยการรายงานญาติ ครอบครัวและผู้ดูแลระบบ

(2) การรักษาพยาบาล หมายถึง การจัดการบริการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรทั้งในเขตเมืองและชนบท ในส่วนของผู้ช่วยเหลือดูแลนั้น อาจไม่ได้มีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลโดยตรง เนื่องจากไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ สิ่งที่ผู้ช่วยเหลือดูแลทำได้นั้น คือ การส่งต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามระบบ กรณีที่พบว่ามีความผิดปกติหรือมีการเจ็บป่วยบาดเจ็บเกิดขึ้น

(3) การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การจัดการบริการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายหลังจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายได้กลับเข้าสู่สภาพปกติอย่างเดิม จัดบริการกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ร่างกายได้รับผลเนื่องจากการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ ผู้ป่วยหรือผู้มีสุขภาพจิตเสื่อม อันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือสุขภาพจิต-เสื่อมด้วยเหตุอื่นๆ ต้องจัดให้มีบริการสำหรับช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพจิตให้อยู่ในภาวะปกติ

(4) การป้องกันโรค หมายถึง การป้องกันโรคติดต่อต่างๆ ในที่นี้ผู้ช่วยเหลือดูแลจะมีหน้าที่ในการช่วยจัดการสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างถูกต้อง ระวังและป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารหรือเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค

## 2.4 การติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง

(1) การติดตามประเมินผลการดูแลผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิง ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ซึ่งในการตั้งเป้าหมายการดูแลนั้น จะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุขของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงแต่ละราย โดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว เมื่อมีการมอบหมายบทบาทตามแผนการดูแล ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีหน้าที่ที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และประเมินซ้ำเป็นระยะๆอย่างเหมาะสม เพื่อประเมินผลแผนการดูแล เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดจนการประเมินผลระบบการดูแลเพื่อพัฒนาให้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็น ไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

(2) การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง เป็นการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัดและส่งต่อผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉินหรือมีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงตามระบบการส่งต่ออย่างถูกต้องและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงรายเดือนเพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุป การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือดูแล ว่าหมายถึง การทำกิจกรรมในหน้าที่ตามบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน (2) การประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง (3) การปฏิบัติและหรือร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง และ (4) การติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง

## กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

### 1. กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

เครือข่ายการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวได้มีการกำหนดหน่วยงานการบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีความใกล้ชิดและต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โดยมีการกำหนดของนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (ICCC) (WHO, 2002) มาช่วยในการกำหนดกลุ่มเครือข่ายการดูแล การศึกษานี้ประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (The Innovation Care for Chronic Condition (ICCC) Framework) ในการอธิบายบริบทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว

กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังเป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยระบุว่า การดูแลภาวะฟุ้งฟิงเป็นการเชื่อมโยง และการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในโครงสร้าง ซึ่งมีจุด

ศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรดูแลสุขภาพเป็นการยกระดับบทบาทของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว และให้ตระหนักว่าเขาสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการจัดการภาวะพึ่งพิงด้วยการสนับสนุนของทีมผู้ดูแลสุขภาพ และหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งระบบการเชื่อมโยง และการปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบใหญ่ (Macro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบเล็ก (Micro system) ซึ่งแต่ละระบบจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันซึ่งผลลัพธ์ที่ได้มีความหลากหลาย จากที่ WHO ได้ศึกษาทบทวนผลการใช้โปรแกรมจากนวัตกรรมนี้มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ คือ การเพิ่มขึ้นของตัวบ่งชี้โรค ลดอัตราการตาย ประหยัดทรัพยากรทางการเงินและการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตผู้ป่วยและการปฏิบัติบทบาทการดูแลตนเอง การเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (WHO, 2002)

1.1 ระบบใหญ่ เป็นระดับนโยบาย นโยบายด้านบวกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับหน่วยงาน โดยเฉพาะการดูแลภาวะเรื้อรังให้ได้ดีที่สุด เป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้นำกระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่น ๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่จะเพิ่มความลึกและเอื้อต่อการดูแลและพิทักษ์สิทธิของผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) การส่งเสริมและสนับสนุนของผู้นำ (Provide leadership and advocacy) ผู้ที่มีอำนาจสามารถชักจูงผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลภาวะเรื้อรัง ผู้นำต้องกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชน และองค์กรสุขภาพ ในการจัดการปัญหาเรื้อรัง โดยผู้ที่มีอำนาจสามารถเพิ่มความตระหนักในกลุ่มผู้ที่กำหนดนโยบาย ผู้นำในการดูแลสุขภาพ ชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งกลุ่มเหล่านี้สามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มการสนับสนุน เช่น ผู้ที่เป็นโฆษกหรือประชาสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือสามารถบอกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้

(2) การผสมผสานนโยบาย (Integrate policies) นโยบายเกี่ยวกับโรคเรื้อรังค่อนข้างมีน้อยและกระจัดกระจายในระบบสุขภาพ ซึ่งนโยบายมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อตัดการแยกเป็นรายโรคออกไปและให้ความสำคัญกับการจัดการเป็นกลุ่มแทนการจัดการผู้ป่วยแบบเฉพาะราย และจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมกลยุทธ์ และสร้างการเชื่อมโยงที่ชัดเจน ไปสู่องค์กรอื่นๆ ในภาครัฐ และในชุมชน

(3) ส่งเสริมการจัดหาเงินทุน (Promote consistent financing) การจัดหาเงินทุนในระบบสุขภาพเป็นกลไกสำคัญจากนโยบายและแผนไปสู่การใช้จ่ายจริง การตัดสินใจทางการเงินต้องอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพที่ช่วยให้เพียงพอต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและครอบคลุมทุกภาคส่วนของประชากร และต้องมีโครงสร้างในการใช้จ่ายเพื่อให้ทรัพยากรนี้สามารถคงอยู่ได้เป็นเวลานาน

(4) พัฒนาและจัดสรรทรัพยากร (Develop and allocate human resources) สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีการอบรมผู้ที่ทำงานในการดูแลสุขภาพเพื่อสามารถดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังได้ เช่น หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล สามารถปรับปรุงเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง

(5) การสนับสนุนกรอบกฎหมาย (Support legislative framework) กฎหมายกฎระเบียบหรือข้อบังคับสามารถช่วยลดภาวะโรคเรื้อรังได้

(6) การเสริมสร้างความร่วมมือ (Strengthen partnerships) ภายใต้กรอบกฎหมายความร่วมมือจากภาครัฐมีส่วนต่อภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรัง การเกษตร แรงงาน การศึกษา ขนส่งเป็นส่วนสำคัญที่จะต้องพิจารณาเพราะมีผลต่อภาวะสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งควรมีการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี

1.2 ระบบกลาง ระดับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ หน่วยงานบริการสุขภาพ และชุมชน ดังนี้

(1) หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health care organization) เป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุด เมื่อเชื่อมโยงกับ หุ่นส่วนชุมชน ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม

(2) ชุมชน (Community) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1) การสร้างความตระหนักและลดความรู้สึกลดค่าหรือตราบาปของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรัง (raise awareness and reduced stigma) ผู้นำชุมชนต้องมีการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงการดำเนินการทางด้านการมีที่มีการสนับสนุนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

2) การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้นำ (Encourage better outcomes through leadership and support) ผู้นำระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ เช่น NGOs และการสนับสนุนจากกลุ่มสตรีเป็นจุดที่จะเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องให้มีการดูแลภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

3) การระดมและประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน (Mobilize and coordinate resources) ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ คือ NGOs กลุ่มสนับสนุนชุมชนและกลุ่มสตรี เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการระดมเงินทุน เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมการคัดกรอง การป้องกัน และการฝึกฝนผู้ที่ทำงานดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อจัดการภาวะเรื้อรัง

4) การเตรียมให้บริการที่ส่งเสริม สนับสนุนการดูแล (Provide complementary services) ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงาน NGOs นานาชาติ มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและการบริหารจัดการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการฝึกฝนทักษะการให้บริการพื้นฐานสำหรับภาวะเรื้อรังหน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชนต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกัน เพื่อลดความต้องการการติดตามรักษาและการดูแลที่ไม่จำเป็นในระดับตติยภูมิ

### 1.3 ระบบเล็ก เป็นระดับที่สำคัญที่สุด

ในระดับนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนเป็นหุ้นส่วนกันคือ เป็นระดับของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและญาติ/ผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพ รวมถึงหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งจะเน้นบทบาทของสมาชิกในชุมชน และผู้ดูแลเป็นสำคัญ โดยการปฏิบัติในระดับนี้จะมีความสำเร็จเมื่อสมาชิกทั้ง 3 ส่วนมีการเตรียม (Prepared) การให้ข้อมูล (information) และการกระตุ้นแรงจูงใจ (motivated) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและญาติ/ผู้ดูแล การสร้างแรงจูงใจ การให้ข้อมูล และการเตรียมการสำหรับผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวเพื่อการดูแลภาวะเรื้อรัง ดังนี้

1) ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงและการรักษาพฤติกรรมสุขภาพ ประจำวัน มีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ยาวนาน และการจัดการภาวะเรื้อรังต่าง ๆ ด้วยตัวเอง

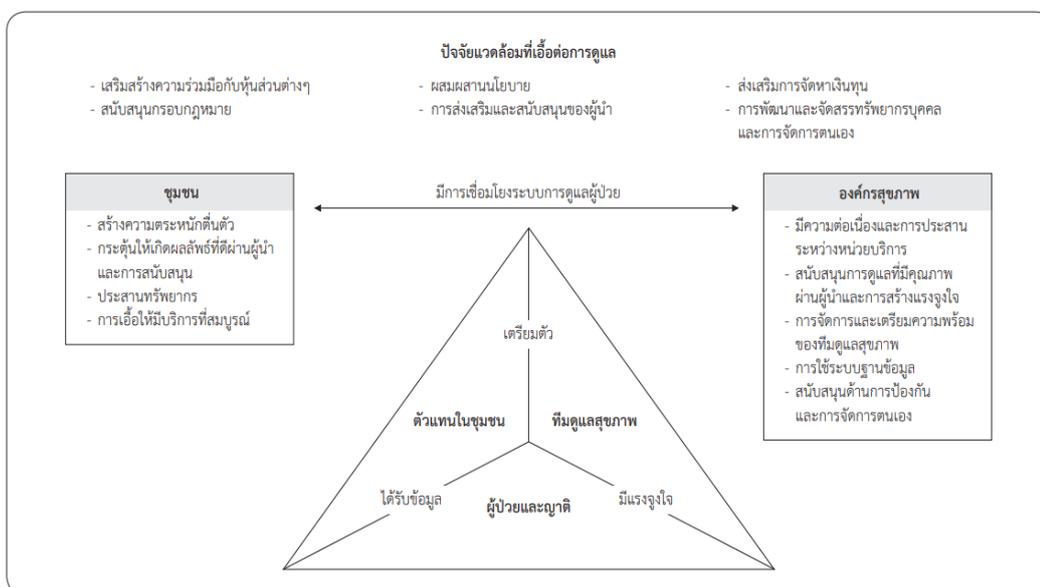
2) ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งวิชาการ ภาวะแทรกซ้อน และแผนการที่ได้ผลตามบทบาทเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการอาการแสดงที่เกิดขึ้น

3) ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการเตรียมเรื่องบทบาท และความรับผิดชอบบนขอบเขตของวิชาชีพ ทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจัดการภาวะที่เกิดขึ้นที่บ้าน รวมทั้งเรื่องการรักษาทางยาและเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือการติดตามการรักษาด้วยตนเอง และทักษะการดูแลตนเอง

(2) ทีมดูแลสุขภาพ การกระตุ้นแรงจูงใจ การให้ข้อมูล และการเตรียมการสำหรับทีมดูแลสุขภาพ ทีมในการดูแลสุขภาพต้องประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ โดยสมาชิกในทีม

ต้องได้รับการเตรียมเรื่องบทบาท และความรับผิดชอบบนขอบเขตของวิชาชีพ แต่ยังคงต้องทำงานอย่างใช้กระบวนการทีมไม่ใช่แยกส่วนทำ และการใช้เทคโนโลยีช่วยในการทำงาน

(3) ทีมหุ้นส่วนในชุมชน การสร้างแรงจูงใจ การให้ข้อมูล และการเตรียมการสำหรับสมาชิกในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ และมีทักษะในการจัดการภาวะเรื้อรัง ต้องมีการคัดเลือกบุคคลที่เป็นอาสาสมัครในชุมชนเพื่อเตรียมตัวและรับการมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งการมีอาสาสมัครจำนวนมากจะทำให้เกิดความเพียบพร้อม รวมไปถึงได้มีการเตรียมทรัพยากรสำหรับการให้บริการผู้ที่มีภาวะเรื้อรังได้ ซึ่งทรัพยากรในชุมชนเหล่านี้สามารถช่วยในการให้บริการติดตามอย่างต่อเนื่องได้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง  
ที่มา: World health organization,WHO; อ้างอิงใน วารุณี เรืองมี และ เนตรนภา คู่พันธ์, 2559

### 3.2 การประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

การกำหนดของนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (ICCC) (WHO, 2002) มาช่วยในการกำหนดกลุ่มเครือข่ายการดูแล ประกอบด้วย

1) ระบบใหญ่ เป็นนโยบายที่ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายที่เป็นหน่วยงาน ซึ่งมีการกำหนดนโยบายด้านบวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวให้มีสิทธิประโยชน์และการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2) ระบบกลาง เป็นการจัดตั้งหน่วยการดูแลสุขภาพ คือ หน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชน โดยหน่วยงานบริการสุขภาพเป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุด เมื่อเชื่อมโยงกับ หน่วยงานชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วยและชุมชน เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ ซึ่งชุมชนได้มีการสร้างความตระหนักและลดความรู้สึกเป็นปมด้อย หรือตราบาปของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้นำ และระดมและประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน ให้เกิดความร่วมมือกันมากที่สุด และ

3) ระบบเล็ก เป็นการจัดตั้งทีมการดูแลสุขภาพ คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกับครอบครัวชุมชนและทีมดูแลสุขภาพ ซึ่งแต่ละส่วนมีการทำหน้าที่เตรียมความพร้อมและการสร้างแรงจูงใจเพื่อการจัดการกับภาวะเรื้อรังต่าง ๆ โดยทุกส่วนได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานบริการสุขภาพทั้งสิ้น โดยระบบเล็กเป็นระบบที่สำคัญที่สุดเพราะใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังมากที่สุด การศึกษานี้เน้นที่ระบบเล็กที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด จากข้างต้น แต่ยังไม่พบข้อจำกัดของแต่ละเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ในกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพภาวะเรื้อรัง (ICCC) การร่วมมือระหว่างหลายส่วนของระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งระบบเล็กเป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ซึ่งผู้ช่วยเหลือดูแลเป็นอีกหนึ่งเครือข่ายชุมชนที่เข้ามาทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่ม เพื่อลดภาระของเครือข่ายอื่น ๆ และเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแล นั่นคือ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลจะปฏิบัติตามบาทได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพตามกรอบแนวคิดนั้น จำเป็นต้องได้รับการดำเนินการ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อจะทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลสามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น 2) การได้รับการสร้างแรงจูงใจ เพื่อจะทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลเกิดทัศนคติที่ดี และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามบาท และ 3) การได้รับการเตรียมการ เพื่อจะทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีความรู้ เกิดทักษะ และมีทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติตามบาท ทั้งวัสดุสิ่งของ และบุคลากรที่ช่วยเหลือแนะนำ ซึ่งหากมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักการนี้อย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพขึ้นได้โดยสำคัญ

### **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามบาทการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล**

เมื่อผู้วิจัยนำผลการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) มาช่วยในการกำหนดปัจจัยที่มีแนวโน้มจะสามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติตามบาทการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดละเซิงเทราตามหน้าที่ที่ได้รับ

มอบหมาย โดยเน้นศึกษากรอบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในระบบเล็กที่ต้องได้รับการพัฒนา เพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติบทบาทของตนเอง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท 2) ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การดูแล 4) ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจ คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และ 4) ปัจจัยด้านการได้รับการเตรียมการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

#### ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งบอกถึงจำนวนวันเวลาที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้น ๆ ซึ่งบุคคลที่มีการปฏิบัติงาน หรือมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ในระยะเวลานานขึ้น จะมีการสร้างสมประสบการณ์ของตนเอง เกิดการเรียนรู้ กระบวนการทำงานจนมีความชำนาญในงาน เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และนำไปสู่การเข้าไปปฏิบัติบทบาทที่มากขึ้นตามมา (วันเผด็จ สนธิ์ทิ และช่อทิพย์บรมธนรัตน์, 2554) หากผู้ช่วยเหลือดูแลมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ยาวนาน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ จะสร้างสมประสบการณ์ต่างๆ เกิดการเรียนรู้ในกระบวนการทำงาน จนมั่นใจที่จะปฏิบัติ จนนำไปสู่การปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มากขึ้น

จากการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 399 คน พบว่า ปัจจัยระดับระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.05$ ) การศึกษาของเจริญชัย หมั่นท้อ และคณะ (2559) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม จำนวน 400 คน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.11, p < .05$ ) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวิชัย วีระกิติกุล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง จำนวน 251 คน พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.14, p < 0.05$ ) และการศึกษาของ นาดยา สุดจ้อย (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ อสม. จังหวัดสุโขทัย จำนวน 416 คน พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ( $\beta = 0.045, p < .045$ ) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 40.1 ( $R^2 = 0.408, p < .0001$ ) จากผลการศึกษาที่มีรูปแบบใกล้เคียงกันสามารถสรุปได้ว่า

ระยะเวลาการปฏิบัติบทบาทน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลได้

## 2. ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร

### การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถของตนเองในการเข้าถึงและได้รับข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง ซึ่งหากบุคคลได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และรู้ว่าตนเองสามารถได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรหรือบริการต่าง ๆ จะเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจ (พนม คลีฉายา, 2561) จนเกิดความมั่นใจ จะมีแนวโน้มทำให้บุคคลสามารถจัดการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น (WHO, 2002) เช่นเดียวกัน เมื่อผู้ช่วยเหลือดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง เช่น สถานการณ์ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน แหล่งทรัพยากร บริการต่าง ๆ และหน่วยงานที่สนับสนุน เป็นต้น จะเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา ส่งผลต่อการตัดสินใจ และความมั่นใจในการดูแล จึงเป็นการเพิ่มสมรรถนะและนำไปใช้ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาของ นิชนันท์ สุวรรณกฎ และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. จำนวน 397 ราย พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ( $r = 0.480, p < .01$ ) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ( $\beta = 184, p < .01$ ) และสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 31.3 ( $R^2_{adj} = 30.2, p < .01$ ) หรือการศึกษาของ ผาณิต หลีเจริญและคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 260 คน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.50, p < 0.001$ ) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ( $\beta = 0.27, p < .001$ ) สามารถร่วมทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 33 ( $R^2 = 33, p < .001$ ) ร่วมกับการศึกษาของ ณัฐพงศ์ ด่วนมี (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 367 คน พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) สำหรับกลุ่มตัวอย่างอื่นมีการศึกษาของวิชาญ ปาวัน และคณะ (2559) ที่ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559 พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.321,$

$p < .05$ ) และการศึกษาของพงศธร ศิลาเงิน (2560) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา จำนวน 238 คน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) จากการศึกษาผลการศึกษาที่มีรูปแบบใกล้เคียงกันสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยด้านการได้ข้อมูลข่าวสาร น่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

### 3. ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจ

#### แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

แรงจูงใจเป็นการรับรู้ของบุคคลที่สร้างความพึงพอใจและพลังในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการทำงานให้เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลที่รู้สึกว่ามีแรงจูงใจสูงจะช่วยขับเคลื่อน (Herzberg & Snyderman, 1993) หรือกระตุ้นช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติงานการดูแลให้บรรลุเป้าหมาย โดยแรงจูงใจในการทำงานมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ (1) ปัจจัยจูงใจ (Motivational Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวงานโดยตรง ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจหรือทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำอย่างมาก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวกและการจูงใจ และทำหน้าที่เหมือนเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล แต่ถ้าไม่มีก็ไม่ได้หมายความว่าคนจะไม่มี ความพอใจในงานที่ทำปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ความรับผิดชอบ (Responsibility) การพัฒนาตนเอง และความสำเร็จในงานที่ทำ และ (2) ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในงาน เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่ทำให้คนไม่พอใจในงานที่ทำ หรือเป็นองค์ประกอบเพื่อป้องกันการเกิดความไม่พอใจ หากว่าสิ่งต่างๆได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเพียงพอความไม่พอใจจะหายไป แต่จะไม่สร้างหรือมีผลทำให้เกิดทัศนคติทางบวกหรือแรงจูงใจขึ้น และไม่ทำหน้าที่เป็นเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ สภาพการทำงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน ความมั่นคงในงาน และนโยบายและการบริหาร จากข้างต้นแรงจูงใจจึงให้บุคคลมีพลังงานเพื่อจุดหมายที่ปรารถนา บุคคลจะมีความพอใจในการทำงานและเต็มใจอุทิศเวลา แรงกาย และความคิดของตนเองเพื่อสนอง ความต้องการหรือหน่วยงานหรือองค์การ จึงมีแนวโน้มทำให้บุคคลใช้ความพยายามในการพัฒนาตนเอง จนสามารถปฏิบัติบทบาทได้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (WHO, 2002)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้เป็นจิตอาสาเป็นความรู้สึกถึงการปฏิบัติว่า เป็นการทำให้เพราะมีใจรัก ทำให้เกิดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นงานที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม ทำให้ได้รับการยกย่องชื่นชมจากบุคคลอื่น และทำให้รู้สึกมีคุณค่า (จรูญลักษณ์ ป็องเจริญ และ บุคณธ์ เมืองช้าง, 2562) เมื่อมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทอย่างเช่นได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและบุคคล

ทั่วไปในสังคมให้ความสำคัญ ยกย่อง ชมเชย ได้รับกำลังใจหรือการแสดงความรักชื่นชมยินดีในผลงาน จะสร้างความประทับใจ และเชื่อว่าจะทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีแรงจูงใจในการทำงานได้ดี เป็นการสื่อถึงผู้ช่วยเหลือดูแล ให้มีความรู้สึกว่า เมื่อทำงานสำเร็จบุคคลรอบข้างจะยอมรับ หากผู้ช่วยเหลือดูแลมีแรงจูงใจสูงทั้งการได้รับการยอมรับนับถือ ความสัมพันธ์ในการทำงาน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความก้าวหน้าในงาน และการกระตุ้นการปฏิบัติงาน จะเกิดทัศนคติที่ดีและพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวิช วงศ์ไชยชาญ และชนะพล ศรีฤชา (2561) ที่ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 242 คน พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.771, p < .001$ ) หรือการศึกษาของสุภาพร เจือมา และชนะพล ศรีฤชา (2561) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 242 คน พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.650, p < .001$ ) การศึกษาของ วศิณี ธีวรรณลักษณ์และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 456 คน พบว่า แรงจูงใจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.380, p < .001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีรารวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $\beta = 0.271, p < .001$ ) สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 37.0 ( $R^2_{adj} = 0.370$ ) การศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองไทรลราช จังหวัดสุโขทัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $\beta = 0.168, p < 0.001$ ) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานตาม บทบาทได้ร้อยละ 63.8 ( $R^2_{adj} = 0.638$ )

นอกจากนี้ การศึกษาของจินตนา บุญยั้ง (2555) ที่พบว่า การได้รับการยกย่องนับถือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.420, p < .001$ ) และ ( $\beta = 0.377, p < 0.05$ ) เป็นปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 17.8 ( $R^2_{adj} = 0.178$ ) และการศึกษาของสุวัฒน์ วงปฐมพร (2553) ที่พบว่า การได้รับการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของ

อสม. จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทาง ( $r = 0.529, p < .001$ ) รวมถึงการศึกษาของ วิชัย ศิริวรวัจน์ชัย (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจซึ่งทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน จำนวน 278 คน พบว่า แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงจูงใจ ( $\beta = 0.377, p < 0.001$ ) สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 21.6 ( $R^2_{adj} = 0.216$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ชาญศุภ คำโสม และคณะ (2562) ที่พบว่า การได้รับการยอมรับมีผลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ( $\beta = -0.314, p < .01$ ) จากผลการศึกษาที่มีรูปแบบใกล้เคียงกันสามารถสรุปได้ว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

#### 4. ปัจจัยด้านการได้รับการเตรียมการ

##### ความรู้เกี่ยวกับการดูแล

ความรู้เป็นความเข้าใจของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ที่ผ่านการเตรียมมาก่อนและนำไปสู่การกระทำ จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการเตรียมการ (WHO, 2002) ซึ่งผู้ที่ได้รับการเตรียมความรู้มาจะเกิดความเข้าใจว่า สิ่งใดควรปฏิบัติ/ไม่ควรปฏิบัติสิ่งใด จึงเกิดความมั่นใจที่จะเลือกวิธีการปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติบทบาทที่มากขึ้น (นิชชาธิย์ พิริยจรัสชัย, 2560) เช่นเดียวกัน หากผู้ช่วยเหลือดูแลมีความรู้ที่เพียงพอที่จะรู้ว่า กิจกรรมการดูแลควรทำ/ไม่ควรทำ จะเกิดความเชื่อมั่น ยอมรับนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีและถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย ศิริวรวัจน์ชัย (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจซึ่งทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยด้านความรู้และแรงจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 21.6 ( $R^2_{adj} = 0.216$ )อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การศึกษา ของ วุฒิกัทร สอนใหม่และ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของ อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 385 คน พบว่า การได้รับการฝึกอบรมจนเกิดความรู้มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) การศึกษาของชาญศุภ คำโสมและคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถ ร่วมอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ร้อยละ 64.8 ( $R^2_{adj} = 0.648$ ) ( $P < .001$ ) การศึกษาของ มินลา นาคหนุนและคณะ (2566) ที่ศึกษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของ อสม. กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในจังหวัดชลบุรี 150 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงาน ( $\beta = 0.578$ ) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมฯ ได้ร้อยละ 74.2 ( $R^2_{adj} = 0.742$ ) ( $P < .001$ ) และ การศึกษาเรื่อง สุขศิริ ประสมสุข และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด เพชรบุรี พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.36$ ,  $p < .001$ ) การศึกษาของสมจิตร ชุนสุข (2565) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาและรวบรวมผลการศึกษามีรูปแบบใกล้เคียงกันสามารถสรุปได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

#### **ทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท**

ทรัพยากรเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือที่จัดไว้ให้บุคคลตามสภาพที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่และบุคคลสามารถเข้าถึง จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการเตรียมการอย่างเป็นระบบในพื้นที่ จึงเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงทรัพยากรที่ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านวัสดุสิ่งของหรือเครื่องมือเครื่องใช้ และการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านคำแนะนำ การดูแล หรือช่วยเหลือจากเครือข่ายที่เป็นกลุ่มคนหรือกลุ่มหน่วยงานที่มีปฏิสัมพันธ์กันและร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการปฏิบัติบทบาทที่มีทรัพยากรวัสดุสิ่งของและเครือข่ายบุคคลไปพร้อมๆกัน จะช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติบทบาทที่ยั่งยืน หากผู้ช่วยเหลือดูแลมีรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือที่จัดไว้ เพื่อช่วยเหลือต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์ด้านสาธารณสุข ด้านงบประมาณ ด้านการบริหารจัดการ และด้านเครือข่ายการปฏิบัติ การนิเทศ/ติดตาม ให้ข้อมูล คำปรึกษา และคำแนะนำที่จำเป็น เพื่อเพิ่มให้ ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และมีผลทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติได้ตามบทบาท จะทำให้ผลการปฏิบัติงานดี

การศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านวัสดุสิ่งของหรือเครื่องมือเครื่องใช้ ได้แก่ การศึกษาของจิราวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 182 คน พบว่า การสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ

ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $r = 0.474, p < .01$ ) และสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานฯ ได้ ( $\beta = .183, p < .01$ ) ได้ร้อยละ 37 ( $R^2_{adj} = 0.37$ ) และ การศึกษาของมินตา นาคหุนและคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของ อสม. ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 150 คน พบว่า การได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ( $\beta = 0.183$ ) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมฯ ได้ร้อยละ 74.2 ( $R^2_{adj} = 0.742, p < .001$ )

นอกจากนี้ การศึกษาที่เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายส่งผลต่อการปฏิบัติ ได้แก่ การศึกษาของสิวพร ชุ่มเย็นและคณะ (2566) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ ( $\beta = .152, p < .05$ ) ร้อยละ 68.2 ( $R^2_{adj} = 0.66, p = .010$ ) การศึกษาของ คุณภาพ คงเจือ (2552) ที่พบว่า การนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.240, p < .01$ ) การศึกษาของศุทธิณี สาครวาสี (2554) ที่พบว่า การนิเทศควบคุมกำกับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.168, p < .01$ ) การศึกษาของ วศินี ชีววรรณลักษณ์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 456 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r = 0.394, p < .001$ ) จากข้างต้น ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

จากที่กล่าวมาในบทที่ 2 การศึกษานี้เกี่ยวข้องกับผู้ช่วยเหลือดูแลที่ทำบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น การประเมินภาวะพึ่งพิงนี้ใช้ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) โดยผู้ที่มีคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนนจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งครอบคลุม 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ นโยบายและแนวทางการดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิงเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การเสริมสร้างศักยภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการละเมิดสิทธิ ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลที่ขึ้นทะเบียนต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (2) การประเมินปัญหา

และความต้องการและจัดทำแผนการดูแล (3) การปฏิบัติหรือร่วมปฏิบัติการดูแล และ (4) การติดตามประเมินผลและจัดทำรายงาน

การวิจัยนี้ได้นำมากรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition [ICCC] Framework) (WHO, 2002) กับบาทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยพบว่า ปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายความสำเร็จในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดฉะเชิงเทรา ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท ผู้ช่วยเหลือดูแลที่มีประสบการณ์นานจะมีทักษะและความมั่นใจมากขึ้น 2) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล การมีข้อมูลที่เพียงพอช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ผู้ที่มีแรงจูงใจสูงจะมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแลที่มีความรู้เพียงพอจะสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพ 5) ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท การมีทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น อุปกรณ์การดูแลและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทราและปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทดังกล่าว ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่มีมาตรฐาน จำนวน 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ และขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ครอบคลุม 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ไม่ใช่บุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแลและให้บริการแบบไม่เต็มเวลา (Part Time) จำนวน 1,157 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2563) ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่มีมาตรฐานจำนวน 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ และยังคงขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 292 คน โดยมีคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล อย่างน้อย 1 ปี
3. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน เช่น ป่วยหนัก ต้องย้ายพื้นที่

เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการตีความจำนวนประชากร คือ จากการเปิดตารางสำเร็จรูปคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie, 1970) ซึ่งกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ที่จำนวน

ประชากร 1,157 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 291 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) การศึกษานี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 ราย ภายหลังจากตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวม พบว่า มีความสมบูรณ์ 292 ราย (ร้อยละ 91.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่วางแผน)

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง เมื่อพิจารณาอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทราแล้ว พบว่ามีลักษณะการปฏิบัติงานและรูปแบบการจัดบริการ ตามนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่คล้ายคลึงกัน แต่พบว่าลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ในจังหวัดฉะเชิงเทรานั้นมีความแตกต่างกัน ได้แก่ บางพื้นที่ของจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นพื้นที่เขตป่าอย่างอำเภอท่าตะเกียบ บางพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม เกาะกลางน้ำเช่นอำเภอบางปะกงและอำเภอบางคล้า ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จึงแบ่งกลุ่มอำเภอตามลักษณะกายภาพแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2563) ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling Without Replacement) โดยการจับฉลากมาอย่างน้อย ร้อยละ 50 ของแต่ละกลุ่ม ได้อำเภอทั้งหมด 6 อำเภอ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อำเภอเขตที่ราบลุ่มแม่น้ำ มีจำนวน 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา บางคล้า บางปะกง บ้านโพธิ์ ราชสาส์น คลองเขื่อน และบางน้ำเปรี้ยว จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา บางคล้า บางปะกง และบางน้ำเปรี้ยว

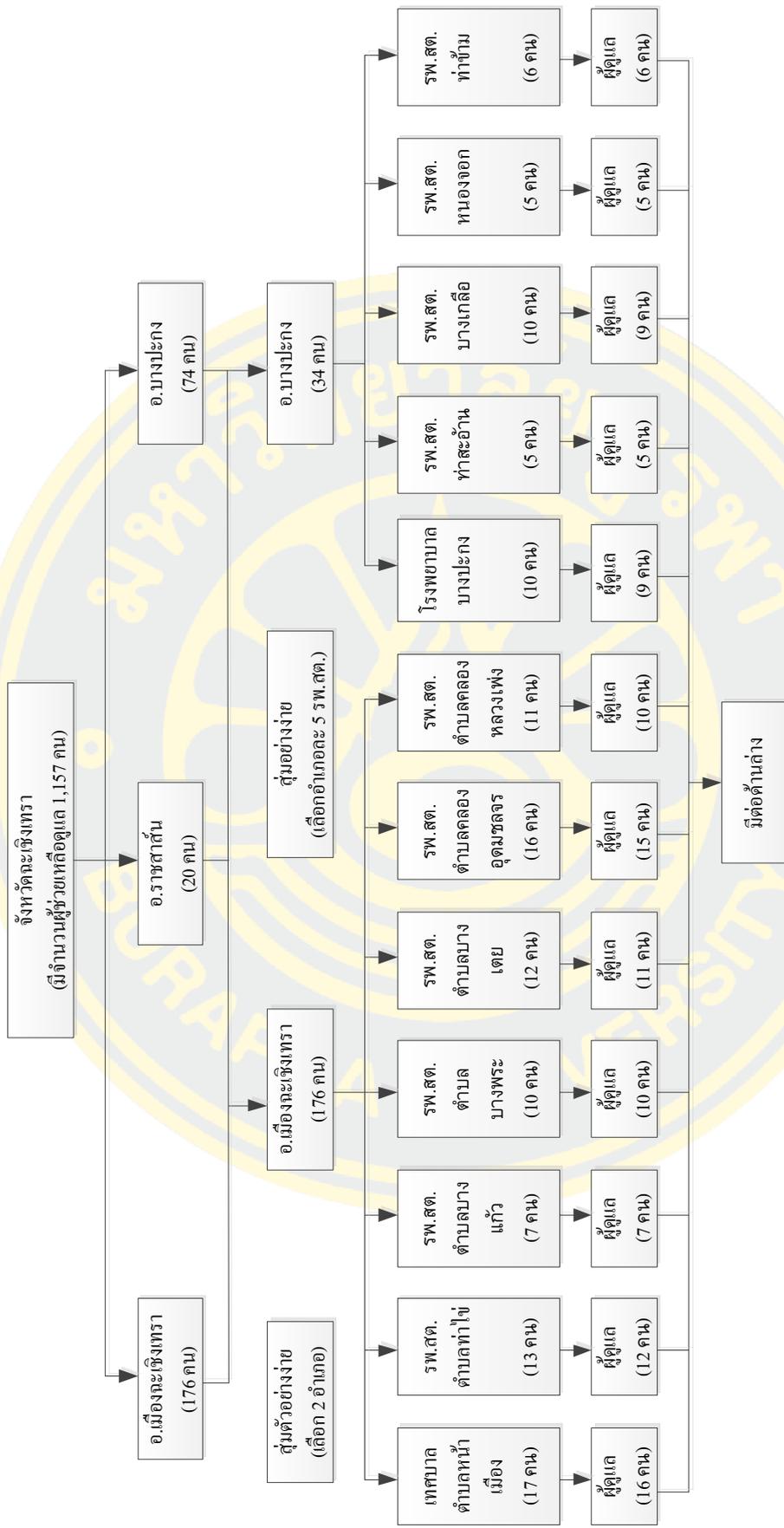
กลุ่มที่ 2 อำเภอเขตที่ดอน ที่ราบสูง หรือเทือกเขา มีจำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ สนาบชัยเขตและท่าตะเกียบ จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 1 อำเภอ คือ อำเภอท่าตะเกียบ

กลุ่มที่ 3 อำเภอที่มีความหลากหลายทางกายภาพทั้งที่ราบลุ่มแม่น้ำ ที่ดอน ที่ราบสูง หรือเทือกเขา มีจำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพนมสารคามและแปลงยาว จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 1 อำเภอ คือ อำเภอแปลงยาว

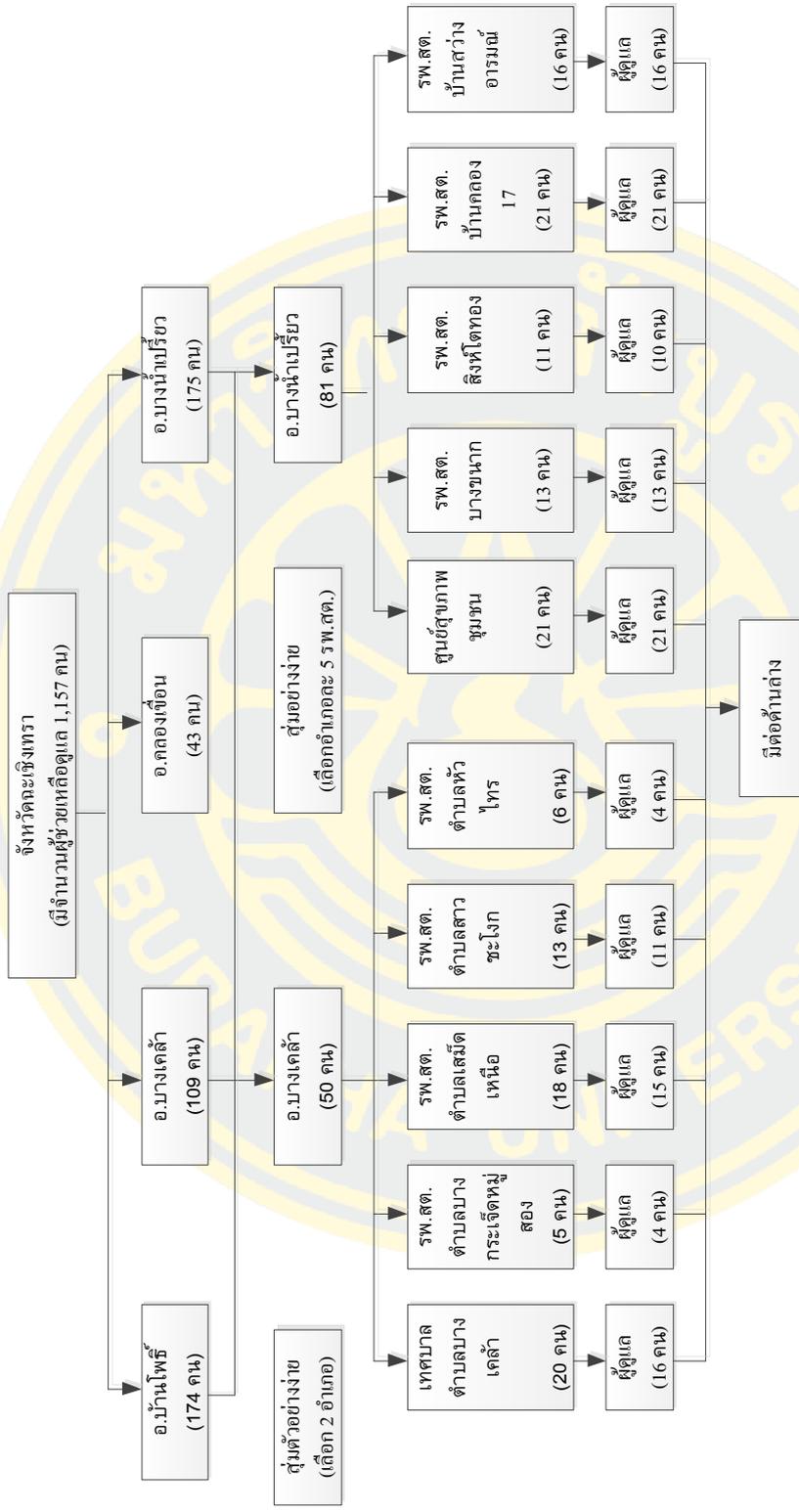
ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1 พบว่า แต่ละ รพ.สต. มีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2563) ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยการจับฉลากจาก 6 อำเภอ ๆ ละ 5 รพ.สต. รวมเป็น 30 รพ.สต. และจับฉลากจากอำเภอเมือง 6 รพ.สต. เนื่องจากอำเภอเมืองมีทั้งหมด 21 รพ.สต. และมีเทศบาล 1 แห่ง รวมทั้งหมดเป็น 37 รพ.สต.

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานงานผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขที่คอยดูแลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละ รพ.สต. เพื่อพิจารณาคคุณสมบัติของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยการจับสลากจากทะเบียนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 37 รพ.สต. รวมเป็น 320 ราย ดังภาพที่ 3

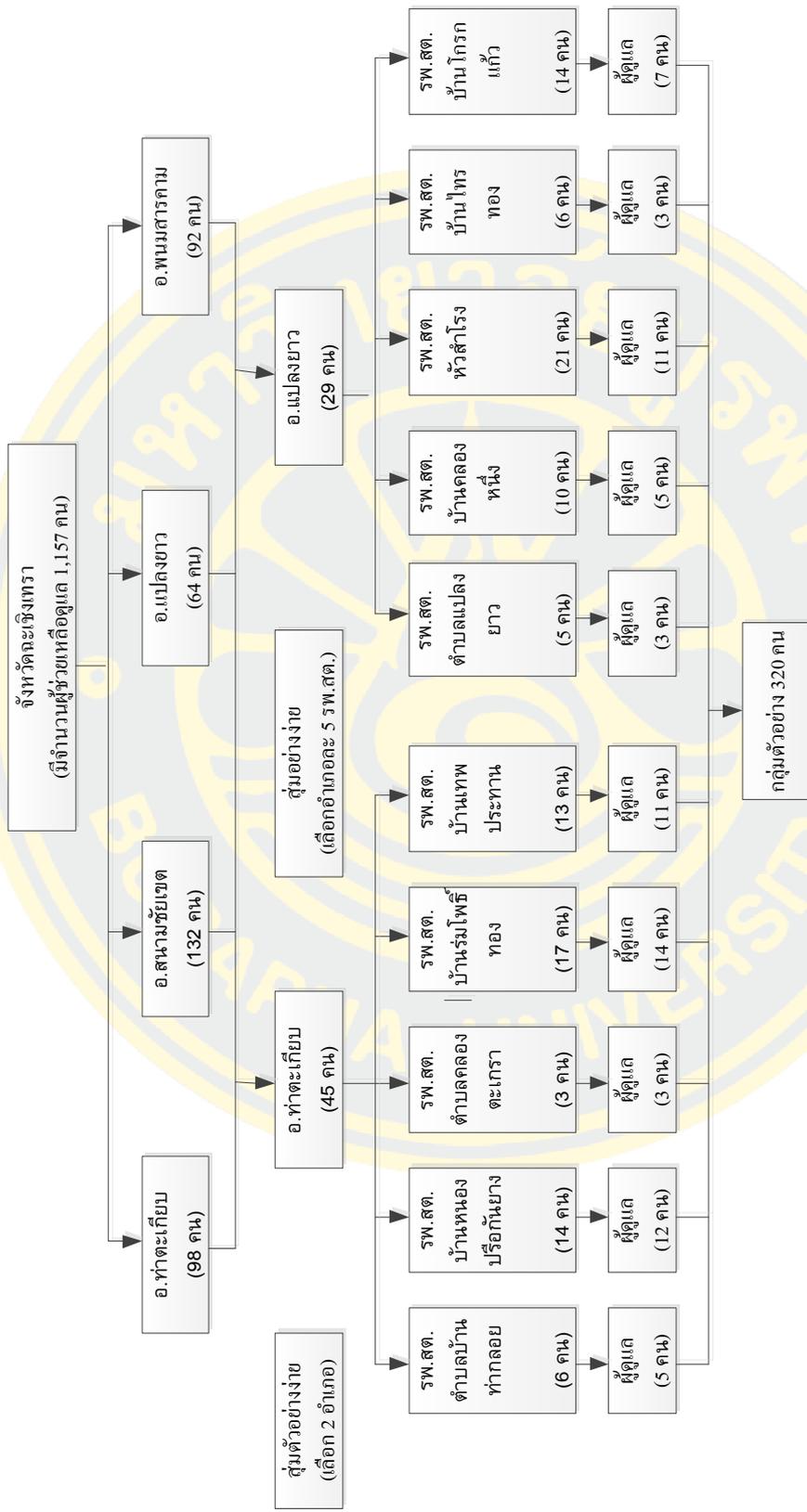




ภาพที่ 3 ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. และขั้นตอนที่ 3 การสุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลตัวอย่าง  
 กลุ่มที่ 1 อำเภอเขตที่ราบลุ่มแม่น้ำ มีจำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองพะเยา ราชดำเนิน บางปะกง จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 2 อำเภอ  
 ได้แก่ อำเภอเมืองพะเยา บางปะกง



ภาพที่ 4 ชั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ชั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. และชั้นตอนที่ 3 การสุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 อำเภอเขตที่ราบสูงแม่น้ำ มีจำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ บางเคλλά บ้านโพธิ์ คลองเขื่อน และบางน้ำเปรี้ยว จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 2 อำเภอ ได้แก่ บางเคλλάและอำเภอบางน้ำเปรี้ยว



ภาพที่ 5 ชั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ชั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. และชั้นตอนที่ 3 การสุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลตัวอย่าง

กลุ่มที่ 2 อำเภอเขตที่ตอน ที่ราบสูง หรือเทือกเขา มีจำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ สันชัยเขตและท่าตะเกียบ จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 1 อำเภอ คือ อำเภอท่าตะเกียบ และ กลุ่มที่ 3 อำเภอที่มีความหลากหลายทางกายภาพทั้งที่ราบลุ่มแม่น้ำ ที่ดอน ที่ราบสูง หรือเทือกเขา มีจำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ พนมสารคามและแม่แฝงยาว จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 1 อำเภอ คือ อำเภอแม่แฝงยาว

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ช่วยเหลือดูแล

อำเภอตัวอย่าง	ประชากรผู้ช่วยเหลือดูแล (เจริญลักษณ์ ป็องเจริญ และ ยุคนธ์ เมืองช้าง)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยเหลือดูแล
<b>อำเภอเมือง</b>	<b>176</b>	<b>81</b>
เทศบาลตำบลหน้าเมือง	17	16
รพ.สต.ตำบลท่าไข่	13	12
รพ.สต.ตำบลบางแก้ว	7	7
รพ.สต.ตำบลบางพระ	10	10
รพ.สต.ตำบลบางเตย	12	11
รพ.สต.ตำบลคลองอุดมชลจร	16	15
รพ.สต.ตำบลคลองหลวงเพ่ง	11	10
<b>อำเภอบางปะกง</b>	<b>74</b>	<b>34</b>
โรงพยาบาลบางปะกง	10	9
รพ.สต.ท่าสะอ้าน	5	5
รพ.สต.บางเกลือ	10	9
รพ.สต.หนองจอก	5	5
รพ.สต.ท่าข้าม	6	6
<b>อำเภอบางคล้า</b>	<b>109</b>	<b>50</b>
เทศบาลตำบลบางคล้า	20	16
รพ.สต.ตำบลบางกระเจ็ดหมู่สอง	5	4
รพ.สต.ตำบลเสม็ดเหนือ	18	15
รพ.สต.ตำบลลาวชะโงก	13	11
รพ.สต.ตำบลหัวไทร	6	4
<b>อำเภอบางน้ำเปรี้ยว</b>	<b>175</b>	<b>81</b>
ศูนย์สุขภาพชุมชน	21	21
รพ.สต.บางขนาก	13	13
รพ.สต.สิงห์โตทอง	11	10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

อำเภอตัวอย่าง	ประชากรผู้ช่วยเหลือดูแล (จรรยาลักษณะ ป็องเจริญ และ ยุคนธ์ เมืองช้าง)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยเหลือดูแล
รพ.สต.บ้านคลอง 17	21	21
รพ.สต.บ้านสว่างอารมณ์	16	16
<b>อำเภอท่าตะเกียบ</b>	<b>98</b>	<b>45</b>
รพ.สต.ตำบลบ้านท่ากลอย	6	5
รพ.สต.บ้านหนองปรือกันยาง	14	12
รพ.สต.ตำบลคลองตะเกรา	3	3
รพ.สต.บ้านร่วมโพธิ์ทอง	17	14
รพ.สต.บ้านเทพประทาน	13	11
<b>อำเภอแปลงยาว</b>	<b>64</b>	<b>29</b>
รพ.สต.ตำบลแปลงยาว	5	3
รพ.สต.บ้านคลองหนึ่ง	10	5
รพ.สต.บ้านหัวสำโรง	21	11
รพ.สต.บ้านไทรทอง	6	3
รพ.สต.บ้านโคกรกแก้ว	14	7
<b>รวม</b>	<b>696</b>	<b>320</b>

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) มีรายละเอียดประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร มีคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก และภาวะสุขภาพ การตอบแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความและแบบเลือกตอบ

2. ข้อมูลบริบทการทำงานด้านการดูแลสุขภาพ มีคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล หลักสูตรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล

จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบดูแล ประเภทของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ และบทบาทอื่นในชุมชน การตอบแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความและแบบเลือกตอบ

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท ตามแนวคิดระบบดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ตามบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบ มีคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ (1) การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (2) การประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (3) การปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ (4) การติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบทฤษฎีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

4 คะแนน = ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำ/อย่างน้อยร้อยละ 76-100 ของกิจกรรม
3 คะแนน = ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง/อย่างน้อยร้อยละ 51-75 ของกิจกรรม
2 คะแนน = ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นบางครั้ง/อย่างน้อยร้อยละ 26-50 ของกิจกรรม
1 คะแนน = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง/น้อยกว่าร้อยละ 1-25 ของกิจกรรม
0 คะแนน = ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.30	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.31-2.80	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.81-4.00 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง  
ในระดับมาก

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงของผู้ ช่วยเหลือดูแล

1. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้  
ช่วยเหลือดูแลถึงความสามารถของตนเองในการได้รับข้อมูลผ่านรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์  
และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง มีคำถามจำนวน 8 ข้อ  
ครอบคลุม 2 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ (1) สถานการณ์ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน และ  
(2) แหล่งทรัพยากร บริการต่าง ๆ และหน่วยงานที่สนับสนุน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่  
ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบ  
เดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี  
เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

4 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลรับรู้ที่ตนเองสามารถเข้าถึงและ  
ได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นมากที่สุด หรือเห็น  
ด้วยร้อยละ 76-100

3 คะแนน = เห็นด้วยมาก หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลรับรู้ที่ตนเองสามารถเข้าถึงและ  
ได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นมาก หรือเห็นด้วย  
ร้อยละ 51-75

2 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลรับรู้ที่ตนเองสามารถเข้าถึงและ  
ได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นปานกลางหรือเห็น  
ด้วยร้อยละ 26-50

1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยน้อย หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลรับรู้ที่ตนเองสามารถเข้าถึงและ  
ได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นน้อยหรือเห็นด้วย  
ร้อยละ 1-25

0 คะแนน = ไม่เห็นด้วยเลย หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลรับรู้ที่ตนเองไม่สามารถเข้าถึง  
และได้รับข้อมูลตามข้อความนั้น หรือไม่เห็น  
ด้วยเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ช่วยเหลือดูแล  
เข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อเพื่อการ  
พรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, & Kahn, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.30 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้มีภาวะ  
พึ่งพิงในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.31-2.80 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้มีภาวะ  
พึ่งพิงในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.81-4.00 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้มีภาวะ  
พึ่งพิงในระดับมาก

2. แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ตามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลหรือ  
แรงจูงใจในการปฏิบัติของ(ชนาบุตร คำโสม และคณะ, 2562) เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้  
ช่วยเหลือดูแลต่อการทำบทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 6  
ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ (1) การได้รับการยอมรับนับถือ (2) ความสัมพันธ์ในการทำงาน (3)  
ค่าตอบแทนและสวัสดิการ (4) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (5) ความก้าวหน้าในงาน และ (5) แรง  
จูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามแรงจูงใจการปฏิบัติงาน  
ของ อสม. ของ จริญญาภรณ์ ป็องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2562) การตอบแบบสอบถามให้กลุ่ม  
ตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรา  
ประมาณค่า (Rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

4 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง  
หรือร้อยละ 76 - 100

3 คะแนน = เห็นด้วยมาก หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก  
หรือ ร้อยละ 51 - 75

2 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นปาน  
กลาง หรือร้อยละ 26 - 50

1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยน้อย หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย  
หรือร้อยละ 1 - 25

0 คะแนน = ไม่เห็นด้วยน้อย หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลมี  
แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ  
เพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, & Kahn, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.30 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการ  
ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.31-2.80 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือคูแลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการ  
คูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.81-4.00 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือคูแลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการ  
คูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคูแล เป็นแบบวัดความเข้าใจของผู้ช่วยเหลือคูแลเกี่ยวกับการ  
การทำหน้าที่ตามบทบาทคูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่  
(1) การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (2) การประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำ  
แผนการคูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (3) การปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการคูแลผู้มี ภาวะพึ่งพิง และ (4) การ  
ติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการคูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินโดยตัดแปลงแบบวัดที่  
ตัดแปลงของ ชนาบุตร คำโสม (2562) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจ  
มากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน = ตอบถูก

0 คะแนน = ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -20 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ช่วยเหลือคูแลมี  
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงดี ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน เพื่อการ  
พรรณนาความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ช่วงระดับคะแนน 80-100 เปอร์เซนต์ (ทำได้ 16-20 ข้อ)

ระดับปานกลาง ช่วงระดับคะแนน 60-79 เปอร์เซนต์ (ทำได้ 8-15 ข้อ)

ระดับต่ำ ช่วงระดับคะแนน 0-59 เปอร์เซนต์ (ทำได้ 1-7 ข้อ)

4. แบบสอบถามทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เป็นแบบประเมินการรับรู้หรือ  
ความคิดเห็นของช่วยเหลือคูแลถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือที่จัดไว้ให้เพื่อการปฏิบัติบทบาทการ  
คูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) ทรัพยากรบุคคลที่เป็น  
เครือข่ายการคูแล (2) ทรัพยากรที่เป็นวัสดุ/ครุภัณฑ์ด้านสาธารณสุข (3) ทรัพยากรที่เป็นงบประมาณ  
และ (4) ทรัพยากรในการบริหารจัดการ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ  
ทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนด  
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

4 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ผู้ช่วยเหลือคูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง  
หรือร้อยละ 76 - 100

3 คะแนน = เห็นด้วยมาก หมายถึง ผู้ช่วยเหลือคูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก  
หรือ ร้อยละ 51 - 75

2 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง หรือร้อยละ 26 - 50

1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยน้อย หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย หรือร้อยละ 1 - 25

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลมีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเพื่อการพรรณาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.30 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลมีการรับรู้ว่ามีทรัพยากรในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.31-2.80 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลมีการรับรู้ว่ามีทรัพยากรในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.81-4.00 หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลมีการรับรู้ว่ามีทรัพยากรในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล และแบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักอนามัยกลุ่มงานผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาชุมชนวิชาการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาในประเด็นเนื้อหาสาระสำคัญ รวมทั้งความเหมาะสมและความสมบูรณ์ของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index [CVI]) พบว่า ทุกเครื่องมือมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ก่อนนำไปทดลองใช้ (ตารางที่ 1)

## 2. การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลแบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล และแบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราก (Cronbach's alpha coefficient) และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น ที่ยอมรับได้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ก่อนนำไปทดลองใช้

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index [CVI]) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม (ดังรายละเอียดในตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

รายการแบบสอบถาม	ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI)	ค่าความเชื่อมั่น
แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท	0.88	0.957
แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล	0.82	0.897
แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	0.85	0.888
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล	0.86	0.701*
แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท	0.90	0.795

หมายเหตุ \* ค่าความเชื่อมั่นคำนวณด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 จากข้อมูลทั้งหมด

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 11 เดือน (เดือนมกราคม 2565 – พฤศจิกายน 2565) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของนุ้ตติการทำให้จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาให้สงจริยธรรมการวิจัย

2. หลังจากสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจัดทำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลซึ่งออกโดยคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยขั้นตอนการทำวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำจดหมายจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพข้างต้นแล้วผู้วิจัยเข้าพบชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำวิทยานิพนธ์การเก็บข้อมูลตามวันและเวลาอนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์

4. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้างต้น โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ตลอดจนรายละเอียดของแบบสอบถามขอความร่วมมือทำการสุ่มผู้ช่วยเหลือดูแล ตัวอย่างของแต่ละรพ. สต. รวมทั้งประสานงานภายในชุมชนและการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นเกี่ยวกับช่วงวัน-เวลาที่สะดวกซึ่งตรงกับวันการประชุมสามัญประจำเดือน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายหลังการประชุม

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาที่ได้นัดหมายแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นต้นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงเริ่มทำแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามที่ใส่ซองสีน้ำตาลให้กับกลุ่มตัวอย่างให้แต่ละคนทำแบบสอบถามด้วยตนเองชี้แจงส่วนประกอบและรายละเอียดของแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที เมื่อทำเสร็จแล้วนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกคืนให้ผู้วิจัยซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ในครั้งเดียว

ทั้งนี้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคน ต้องปฏิบัติตนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ดังนี้

1. ก่อนการเก็บข้อมูลต้องดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงโรค COVID-19 เบื้องต้นก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งการวัดอุณหภูมิกายและสอบถามประวัติเสี่ยง

2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัยก่อนและขณะการให้ข้อมูล
3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเว้นระยะห่างในขณะเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยเตรียมแอลกอฮอล์เจล สำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องทุกคน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสโครงการ G-HS 091/2564 วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2564) หลังจากการได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างคำตอบนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้นการนำเสนอผลงานวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและการทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อพรรณนาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล คบหาทางของผู้ช่วยเหลือดูแลในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean, M) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) และค่าเฉลี่ยรายข้อ (Adjusted mean,  $M_{adj}$ )

2. สถิติวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดฉะเชิงเทราใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังนี้

2.1 ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นระดับอันดับภาคชั้น (Interval scale) และมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

2.2 ตัวแปรต้น ทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาทเป็นระดับ อัตราส่วน (ratio scale) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้ เกี่ยวกับการดูแล ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท เป็นระดับอันดับภาคชั้น (Interval scale) ซึ่งมีการ แจกแจงปกติ (Normal distribution)

2.3 ตัวแปรต้นเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงจนเกิดภาวะ Multicollinearity วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดมีความสัมพันธ์มากกว่า .85 (ดังตารางที่ 10 ที่แสดงในภาคผนวก)

2.4 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติและเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) วิเคราะห์ค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.69

2.5 ไม่มี Multivariate outliers พิจารณาการกระจายระหว่างค่าทำนายที่ได้จากสมการ แล้วแปลงเป็น Z-score และแปลงเป็น Z-score ทุกค่าอยู่ในช่วง +/- 3

2.6 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดย พิจารณาจากแผนภาพการกระจาย Scatterplot ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อน (Regression standardized residual) กับค่าที่ทำนายได้ (Regression standardized predicted value) พบว่า การ กระจายของจุดมีความสมมาตร และทุกค่าอยู่ในช่วง +/- 3

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ในช่วงเดือนมกราคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ภายหลังจากตรวจสอบข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ มีความสมบูรณ์จำนวน 292 ราย (ร้อยละ 91.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่วางแผน) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลเป็นแบบบรรยายประกอบด้วยตาราง 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ตัวแปรต้นที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ช่วยเหลือดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร 2) ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

##### 1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ผู้ช่วยเหลือดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 24 – 78 ปี ( $M = 53.79$ ,  $SD = 9.66$ ) ส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (ร้อยละ 55.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.5) โดยมีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด (ร้อยละ 71.9) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 41.8) รองลงมาคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 28.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ทำสวน ทำไร่ ทำนา ประมง) (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือ ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 18.2) และเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 48.3) โดยเป็นโรคความโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 32.9) (ดังตารางที่ 4)

## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมเกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือดูแลหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมงมากที่สุด (ร้อยละ 76.4) โดยรับผิดชอบดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 3 ประเภทมากที่สุด (ร้อยละ 62.0) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเดียว (ร้อยละ 18.1) และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเดียว (ร้อยละ 13.4) ตามลำดับ โดยจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบอยู่ระหว่าง 1 – 10 คน ( $M=3.04$ ,  $SD=1.80$ ) ส่วนมากอยู่ในช่วง 1 – 3 คน (ร้อยละ 67.8) นอกจากนี้ส่วนใหญ่ยังมีบทบาทอื่น ๆ ในชุมชน (ร้อยละ 92.1) โดยเป็น อสม. มากที่สุด (ร้อยละ 69.18) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 292)

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 44 ปี (ผู้ใหญ่ตอนต้น)	46	15.7
45-59 ปี (ผู้ใหญ่ตอนปลาย)	161	55.2
60 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุ)	85	29.1
(Min =24 , Max =78 , Mean =53.79 , SD =9.66)		
<b>เพศ</b>		
หญิง	273	93.5
ชาย	19	6.5
<b>สถานภาพการสมรส</b>		
สมรส/ คู่/ อยู่ด้วยกัน	210	71.9
โสด	33	11.3
หม้าย	28	9.6
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	21	7.2
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา	84	28.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	16.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	122	41.8
อนุปริญญา/ ปวส.	11	3.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	28	9.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพหลัก</b>		
เกษตรกร (ทำสวน ทำไร่ ทำนา ประมง)	156	53.4
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	53	18.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	11.0
รับจ้าง	30	10.3
อื่นๆ	14	4.7
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	7	2.4
<b>การมีโรคประจำตัว</b>		
มีโรคประจำตัว	151	51.7
ไม่มีโรคประจำตัว	141	48.3
<b>โรคประจำตัว*</b>		
ความดันโลหิตสูง	96	32.9
เบาหวาน	46	15.8
ไขมันในเลือดสูง	37	12.7
กระดูกและกล้ามเนื้อ	9	3.1
อื่นๆ (โรคหัวใจ ตับ)	7	2.39
<b>หลักสูตรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือดูแล*</b>		
หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง	223	76.4
หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นสูง จำนวน 420 ชั่วโมง	43	14.7
หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมงและหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นสูง จำนวน 420 ชั่วโมง	26	8.9
<b>ประเภทของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ*</b>		
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 3 ประเภท	181	62.0
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเดียว	53	18.1
ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเดียว	39	13.4
ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเดียว	19	6.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบดูแล</b>		
1 - 3 คน	198	67.8
4 - 6 คน	83	28.4
7 คนขึ้นไป	11	3.8
(Min = 1 , Max = 10 , M = 3.04 , SD = 1.80)		
<b>บทบาทด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ในชุมชน</b>		
ได้รับ	269	92.1
ไม่ได้รับ	23	7.9
<b>บทบาทด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ในชุมชน*</b>		
อสม.	202	69.2
อสม. และ อสค.	61	20.9
อสค.	29	9.9

\*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลตัวแปรต้นที่ศึกษา

ตัวแปรต้นที่ศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ความรู้และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีรายละเอียดข้อมูลดังนี้

1. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง 1 – 8 ปี ( $M = 4.95$ ,  $SD = 1.80$ ) (ดังตารางที่ 4)

2. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 25.24$ ,  $SD = 4.73$ ,  $M_{adj} = 3.15$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้ง 2 ด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงานมีคะแนนมากกว่า ( $M = 12.74$ ,  $SD = 2.54$ ,  $M_{adj} = 3.19$ ) ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร บริการ และหน่วยงานสนับสนุน ( $M = 12.52$ ,  $SD = 2.55$ ,  $M_{adj} = 3.13$ ) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

3. แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $M=101.55$ ,  $SD=10.79$ ,  $M_{adj}=3.38$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน ( $M=21.62$ ,  $SD=2.75$ ,  $M_{adj}=3.60$ ) และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ( $M=21.01$ ,  $SD=2.72$ ,  $M_{adj}=3.60$ ) มีคะแนนมากที่สุด รองลงมาคือด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ( $M=24.07$ ,  $SD=3.41$ ,  $M_{adj}=3.43$ ) ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $M=16.76$ ,  $SD=2.41$ ,  $M_{adj}=3.35$ ) ด้านความก้าวหน้าในงาน ( $M=10.43$ ,  $SD=1.64$ ,  $M_{adj}=3.47$ ) และด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ( $M=7.97$ ,  $SD=2.12$ ,  $M_{adj}=2.65$ ) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

4. ความรู้ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=15.66$ ,  $SD=2.42$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M=1.86$ ,  $SD=0.41$ ) และด้านการสำรวจและจำแนก ( $M=1.81$ ,  $SD=0.44$ ) อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ด้านความรู้ด้านการปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M=10.54$ ,  $SD=1.83$ ) และการสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ( $M=1.81$ ,  $SD=0.44$ ) อยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 4)

5. ทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างการรับรู้การได้รับทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=7.74$ ,  $SD=0.57$ ,  $M_{adj}=3.08$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านเครือข่ายการดูแล ( $M=6.92$ ,  $SD=1.11$ ,  $M_{adj}=3.46$ ) มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการ ( $M=13.10$ ,  $SD=2.43$ ,  $M_{adj}=3.27$ ) ด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์สาธารณสุข ( $M=6.16$ ,  $SD=1.92$ ,  $M_{adj}=3.08$ ) และด้านงบประมาณ ( $M=4.76$ ,  $SD=2.13$ ,  $M_{adj}=2.38$ ) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยรายข้อและการแปลผล  
ตัวแปรต้น (n= 292)

ข้อมูล	ค่าที่เป็น ไปได้	คะแนน จริง	คะแนนรวม เฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย รายข้อ	การ แปลผล
ระยะเวลาที่ปฏิบัติบทบาท	1 - 8	1 - 8	4.95	1.80	-	-
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	0-32	9-32	25.26	4.736	3.15	มาก
ด้านสถานการณ์ นโยบาย และ แนวทางการดำเนินงาน	0-16	4-16	12.74	2.54	3.19	มาก
ด้านแหล่งประโยชน์ ทรัพยากร และหน่วยงานสนับสนุน	0-16	3-16	12.52	2.55	3.13	มาก
แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	0-120	68-120	101.55	10.79	3.38	มาก
ด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน	0-24	12-24	21.62	2.75	3.60	มาก
ด้านคำตอบแทนและสวัสดิการ	0-24	12-24	21.01	2.72	3.60	มาก
ด้านความก้าวหน้าในงาน	0-12	5-12	10.43	1.64	3.47	มาก
ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	0-28	14-28	24.07	3.41	3.43	มาก
ด้านการได้รับกระตุ้นการปฏิบัติ	0-20	10-20	16.76	2.41	3.35	มาก
ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน	0-12	1-12	7.97	2.12	2.65	ปานกลาง
ความรู้	0-20	10-20	15.66	2.42	-	สูง
ด้านการติดตามประเมินผลและ จัดทำรายงานผล	0-2	1-2	1.86	0.41	-	สูง
ด้านการสำรวจและจำแนก	0-2	1-2	1.81	0.44	-	สูง
ด้านการปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการ	0-14	6-14	10.54	1.83	-	ปานกลาง
คู่มือ						
ด้านการประเมินปัญหาความ ต้องการและทำแผนการคู่มือ	0-2	1-2	1.48	0.66	-	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	ค่าที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	คะแนนรวมเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยรายข้อ	การแปลผล
ทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติ	0-40	17-40	30.81	5.50	3.08	มาก
<b>บทบาท</b>						
ด้านบุคลากรเครือข่ายการดูแล	0-8	3-8	6.92	1.11	3.46	มาก
ด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์สาธารณสุข	0-8	1-8	6.16	1.92	3.08	มาก
ด้านการบริหารจัดการ	0-16	4-16	13.10	2.43	3.27	มาก
ด้านงบประมาณ	0-8	1-8	4.76	2.13	2.38	ปานกลาง

### ส่วนที่ 3 การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

ผู้ช่วยเหลือดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 15.45$ ,  $SD = 3.66$ ,  $M_{adj} = 3.07$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $M=22.00$ ,  $SD = 5.09$ ,  $M_{adj} = 3.17$ ) รองลงมา ด้านการติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M=15.52$ ,  $SD = 4.39$ ,  $M_{adj} = 3.10$ ) ด้านการประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M = 15.27$ ,  $SD = 3.98$ ,  $M_{adj} = 3.05$ ) และด้านการสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M=9.01$ ,  $SD = 2.65$ ,  $M_{adj} = 3.00$ ) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยรายข้อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผล การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล (n = 292)

การปฏิบัติบทบาท	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย รายข้อ	แปลผล ภาพรวม
ด้านการสำรวจและจำแนกกลุ่ม	0-12	1-12	9.01	2.65	3.00	มาก
ด้านการประเมินปัญหา ความ ต้องการ และทำแผนดูแล	0-20	1-20	15.27	3.98	3.05	มาก
ด้านการปฏิบัติการดูแล	0-28	1-28	22.00	5.09	3.17	มาก
ด้านการติดตาม ประเมินผล และรายงานผล	0-20	1-20	15.52	4.39	3.10	มาก
<b>โดยรวม</b>	<b>0-80</b>	<b>20-80</b>	<b>61.74</b>	<b>14.62</b>	<b>3.07</b>	<b>มาก</b>

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M = 3.33$ ,  $SD = 0.83$ ) การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว ( $M = 3.33$ ,  $SD = 0.77$ ) การติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบ ( $M = 3.26$ ,  $SD = 0.88$ ) และการทำกิจกรรมป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M = 3.22$ ,  $SD = 0.97$ ) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทที่น้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การจัดเตรียมทรัพยากรตามแผนที่วางไว้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ( $M = 2.84$ ,  $SD = 1.15$ ) การบันทึกข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบลงในระบบการจัดเก็บข้อมูล ( $M = 2.92$ ,  $SD = 1.13$ ) และการรายงานและส่งต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดเหตุฉุกเฉินหรือมีความผิดปกติตามระบบ ( $M = 2.98$ ,  $SD = 1.09$ ) (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะ  
 ฟังฟังของผู้ช่วยเหลือดูแล แยกรายข้อ (n = 292)

ตามการปฏิบัติบทบาทการดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
<b>ด้านการสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะฟังฟังในชุมชน</b>			
การจัดทำข้อมูลและแยกประเภท	3.05	1.00	มาก
การประเมินและคัดกรองผู้ที่มีภาวะฟังฟัง	3.03	1.01	มาก
การบันทึกข้อมูลผู้ที่มีภาวะฟังฟังในระบบ	2.92	1.13	มาก
<b>ด้านการประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะฟังฟัง</b>			
การระบุหรือสรุปปัญหาและความต้องการ	3.08	0.91	มาก
การประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหา และความต้องการ ของผู้ที่มีภาวะฟังฟัง	3.05	0.91	มาก
การร่วมทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะฟังฟังเฉพาะราย ตามปัญหาและความต้องการ	2.98	1.06	ปานกลาง
การจัดเตรียมทรัพยากรตามแผนที่วางไว้ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ	2.84	1.15	ปานกลาง
<b>ด้านการปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะฟังฟัง</b>			
การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ที่มีภาวะ ฟังฟัง ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว	3.33	0.83	มาก
การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะฟังฟัง ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว	3.33	0.77	มาก
การจัดทำรายงานการปฏิบัติการดูแลตามระบบ	3.00	1.06	มาก
การทำกิจกรรมป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ในผู้ที่มีภาวะฟังฟัง	3.22	0.97	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตามการปฏิบัติบทบาทการดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
การติดตามและสังเกตพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง	3.21	0.84	มาก
การส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง	3.15	0.84	มาก
การดูแลและกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงปฏิบัติตาม แผนการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ	3.11	0.92	มาก
การรายงานและส่งต่อผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่เกิดเหตุ ฉุกเฉินหรือมีความผิดปกติตามระบบ	2.98	1.09	มาก
<b>ด้านการติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง</b>			
การติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงในความรับผิดชอบ	3.26	0.88	มาก
การบันทึกข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม ประเมินผลตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้	3.21	1.02	มาก
การจัดทำรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อผู้จัดการ การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง	3.07	1.10	มาก
การปรับแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงร่วมกับ ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ	3.00	1.13	มาก
การร่วมเปรียบเทียบผลของการดูแลผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงกับเป้าหมายตามแผนที่วางไว้	2.99	1.05	มาก

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

การวิเคราะห์ทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทราด้วยสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือดูแลจังหวัดฉะเชิงเทราของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ( $\beta = .267, p < .001$ ) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ( $\beta = .359, p < .001$ ) และ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ( $\beta = .265, p < .001$ ) โดยสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการ

ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทราของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 41.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 68.541, p < .001$ ) (ดังตารางที่ 7) และสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\text{บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง} = -28.014 + 1.614_{\text{ความรู้เกี่ยวกับการดูแล}} + 1.109_{\text{การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร}} + .359_{\text{แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท}}$$

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล ( $n = 292$ )

ตัวทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	1.109	.164	.267	6.779	<.001
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	1.614	.275	.359	5.864	<.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	.359	.072	.265	5.004	<.001
Constant	-28.014	7.099		-3.946	<.001

$R^2 = .417, R^2_{\text{adj}} = .410, F = 68.541 (P < .001)$

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลที่ขึ้นทะเบียนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 292 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ประกอบด้วย ข้อมูลข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88, .82, .86, .90 และ .90 ตามลำดับ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการศึกษาพบว่า

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ผู้ช่วยเหลือดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 24 – 78 ปี ( $M = 53.79$ ,  $SD = 9.66$ ) ส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (ร้อยละ 55.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.5) โดยมีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด (ร้อยละ 71.9) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 41.8) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือดูแลหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุนาน 70 ชั่วโมงมากที่สุด (ร้อยละ 76.4) โดยรับผิดชอบดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 3 ประเภทมากที่สุด (ร้อยละ 62.0) ปฏิบัติบทบาทดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.95 ปี มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 25.24$ ,  $SD = 4.73$ ,  $M_{adj} = 3.15$ ) ความรู้ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 15.66$ ,  $SD = 2.42$ ) การรับรู้การได้รับทรัพยากรสนับสนุน ( $M = 7.74$ ,  $SD = 0.57$ ,  $M_{adj} = 3.08$ ) การปฏิบัติบทบาทในการปฏิบัติบทบาทภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 15.45$ ,  $SD = 3.66$ ,  $M_{adj} = 3.07$ )

## ส่วนที่ 2 การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

ผู้ช่วยเหลือดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 15.45$ ,  $SD = 3.66$ ,  $M_{adj} = 3.07$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) ด้านการปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M = 22.00$ ,  $SD = 5.09$ ,  $M_{adj} = 3.17$ ) 2) ด้านการติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M = 15.52$ ,  $SD = 4.39$ ,  $M_{adj} = 3.10$ ) 3) ด้านการประเมินปัญหาความต้องการและจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M = 15.27$ ,  $SD = 3.98$ ,  $M_{adj} = 3.05$ ) 4) ด้านการสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $M = 9.01$ ,  $SD = 2.65$ ,  $M_{adj} = 3.00$ ) ตามลำดับ

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล

ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลจังหวัดฉะเชิงเทราของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ( $\beta = .267$ ,  $p < .001$ ) 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ( $\beta = .359$ ,  $p < .001$ ) และ 3) แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ( $\beta = .265$ ,  $p < .001$ ) โดยสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทราของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 41.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 68.541$ ,  $p < .001$ )

## อภิปรายผล

การอภิปรายผลนี้ผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ (1) เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทรา และ (2) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังต่อไปนี้

### 1. การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดยกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทด้านการปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.1) เป็น อสม. ที่ผ่านการทำกิจกรรมการปฏิบัติการดูแล ติดตาม และรายงานการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพในชุมชนก่อน พร้อมเน้นการบริการดูแล ติดตาม และประเมินผล

การดูแลผู้สูงอายุผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อย่างจริงจัง จึงนำมาซึ่งการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวิษ วงศ์ไชยชาญ และชนะพล ศรีฤาชา (2561) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.84, S.D. = 0.47$ )

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาอาจแตกต่างจากการศึกษาของ ศิวพร ชุ่มเย็นและคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 63.32, S.D = 8.37$ ) และการศึกษาของ ชนาบุตร คำโสม และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ดที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากหลายบริบท ได้แก่ จังหวัดละเซิงเทรามีนโยบายเร่งด่วนที่จะผลักดันให้ทุก รพ.สต. ในจังหวัดละเซิงเทรา จัดตั้งศูนย์ Long term care เข้าร่วมกับ สปสช. และเข้าระบบการดูแลตามนโยบาย สปสช. การสนับสนุนในพื้นที่ในการส่งเสริมการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพโดยการสนับสนุนทรัพยากรและการสนับสนุนที่เพียงพอ ความพร้อม การฝึกอบรม และการพัฒนาบุคลากร อาจช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีการปฏิบัติที่เพิ่มมากขึ้น

**2. อำนาจทำนายของปัจจัยระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดละเซิงเทรา**

ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล ได้แก่ ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท โดยสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดละเซิงเทราได้ร้อยละ 41.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{adj} = 0.417$ ) แสดงว่า เมื่อผู้ช่วยเหลือดูแลมีทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวเป็นไปในทิศทางที่ดีจะส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น อภิปรายได้ว่า หากผู้ช่วยเหลือดูแลเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และแหล่งทรัพยากรสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง จะใช้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวประกอบการคิดวิเคราะห์ ก่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังอย่างผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพงศ์ ด่วนมี (2567) ที่พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.953, p < 0.05$ ) ร่วมกับการศึกษาของ นิชนันท์ สุวรรณกัญ และคณะ (2564) ที่พบว่าการเข้าถึง

ข้อมูลข่าวสาร ( $\beta = .184, p < .01$ ) สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 31.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{adj} = 0.313 p < .05$ )

เมื่อผู้ช่วยเหลือดูแลเข้าถึงข้อมูลข่าวสารร่วมกับความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือจากการอบรมที่ผ่านมาก่อน ซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังที่ได้รับการเตรียมการ ผู้ช่วยดูแลที่มีความรู้ถูกต้องเพียงพอก็จะเข้าใจว่า กิจกรรมใดควรทำหรือไม่ควรทำในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การจำแนก การประเมินปัญหาความต้องการ การปฏิบัติการดูแล หรือการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย ศิริวรรณชัย (2564) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 3.42, p < .001$ ) การศึกษาของ วุฒิกัทร สอนใหม่และคณะ (2566) ที่พบว่า การได้รับการฝึกอบรมจนเกิดความรู้มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคของ อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) การศึกษาของ ชาญศ คำโสมและคณะ (2562) พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $\beta = .107, p = .010$ ) สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 64.8 ( $R^2_{adj} = 0.648 p < .001$ ) การศึกษาของ มินดา นาคหนูนและคณะ (2566) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงาน ( $\beta = 0.578, p < .001$ ) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมของ อสม. ในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 74.2 ( $R^2_{adj} = 0.742 p < .05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มากร่วมกับความรู้ที่ดีและแรงจูงใจที่สูงก็ยังสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทราได้มากขึ้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นความพึงพอใจและพลังภายในที่ผลักดันการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการทำงานให้เกิดขึ้น หากผู้ช่วยเหลือดูแลรู้สึกมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทที่สูง ทั้งจากการได้รับการยอมรับนับถือ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความสัมพันธ์ สภาพแวดล้อม หรือความก้าวหน้าในการทำงาน จะช่วยกระตุ้นพลังขับเคลื่อนให้มีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้บรรลุเป้าหมาย จึงมีแนวโน้มทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาท ได้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวิช วงศ์ไชยชาญ และชนะพล ศรีฤาษา (2561) ที่พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.771, p < .001$ ) การศึกษาของสุภาพร เจือมา และชนะพล ศรีฤาษา (2561) ที่พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.650, p < .001$ ) การศึกษาของ วคินี ธีวรรณลักษณ์และ (2566) ที่พบว่า แรงจูงใจต่อการ

ปฏิบัติการป้องกัน โรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด – 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .380, p < .0011$ ) นอกจากนี้การศึกษาของ จีราวรรณ นามพันธ์ และ คณะ (2567) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขต กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 37.0 ( $R^2_{adj} = 0.37, p < 0.05$ ) และการศึกษาของสรุทธิ เอี่ยมนุ้ย (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $\beta = 0.168, p < 0.001$ ) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานตาม บทบาทได้ร้อยละ 63.8 ( $R^2_{adj} = 0.639, p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

จากข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition [ICCC] Framework) (WHO, 2002) ที่กล่าวว่า การที่เครือข่ายการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะเครือข่ายในระบบเล็กที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังหรือต้องการการพึ่งพิงมากที่สุด จะปฏิบัติบทบาทได้สำเร็จต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ (Informed) ได้รับการเตรียมการความรู้ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ (Prepared) และได้รับการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่สูง (Motivated) พบว่า (1) การบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน และปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม สามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 55.20 ( $R^2_{adj} = 0.552, p < 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (3) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่ ควรเชิญวิทยากรที่มีประสบการณ์มาถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานเชิงพื้นที่ถึงพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชนในการชี้แจงโครงการต่างๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ คณะกรรมการควรให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน รับฟังความคิดเห็นของทุกคนและนำมาปรับปรุงการทำงานร่วมกัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ คณะกรรมการควรได้รับกรอบจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการกองทุน

สำหรับปัจจัยระยะเวลาปฏิบัติบทบาทและทรัพยากรในการปฏิบัตินั้นพบว่า ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลได้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ช่วยเหลือดูแลทุกคนได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่มีมาตรฐาน จึงมีความรู้ความสามารถและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ ดังนั้นระยะเวลาจึงไม่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ นิสมา ภูมิจิต (2561) เรื่องคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ( $r = 0.027$ ,  $p < 0.702$ ) สำหรับการสนับสนุนทรัพยากรนั้น จังหวัดฉะเชิงเทราได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เป็นอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ รวมทั้งการสนับสนุนจากผู้จัดการดูแล ที่เป็นทรัพยากรบุคคลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ปัจจัยดังกล่าวจึงไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแล

สรุป ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดฉะเชิงเทรามีการปฏิบัติบทบาททั้งในภาพรวมและในด้านต่างๆ อยู่ในระดับมาก จึงช่วยแบ่งเบาภาระเครือข่ายชุมชน และลดช่องว่างของปัญหาการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน โดยปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทสามารถร่วมทำนุภาพการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทราได้ร้อยละ 41.70 ( $R^2_{adj} = 0.417$   $p < 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (ICCC)

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล คือ

1. การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยจัดทำแพลตฟอร์มออนไลน์หรือแอปพลิเคชันสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลเพื่อเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ จัดประชุมหรือสัมมนาออนไลน์เพื่อลดค่าใช้จ่ายและเวลาที่เสียไปในการเดินทาง

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้อง โดยการพัฒนาลักษณะการอบรมออนไลน์เกี่ยวกับการประเมินโรค การประเมินสุขภาพจิต การสำรวจการคัดกรองผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการจัดทำรายงานการดูแล จัดทำคู่มือหรือวิดีโอแนะนำการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

3. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท โดยให้การสนับสนุนในรูปแบบของการมอบใบประกาศนียบัตรเมื่อจบหลักสูตรการอบรม เพื่อให้ผู้ช่วยเหลือดูแลรู้สึกภาคภูมิใจในงานที่ทำและได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นจัดกิจกรรมสังสรรค์และพบปะสังสรรค์เพื่อสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ช่วยเหลือดูแล เพื่อให้พวกเขาารู้สึกว่ามีส่วนร่วมและได้รับการ

สนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน จัดตั้งระบบการรับบริการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและมีความสะดวกสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแล เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

4. การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ โดยการสนับสนุนเบี้ยเลี้ยง/ค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางไปร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานผู้ช่วยเหลือดูแลจัดกิจกรรมอบรมฟื้นฟูความสามารถในการช่วยเหลือดูแลเป็นประจำ เพื่อให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีความรู้และทักษะที่ทันสมัยและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานผู้ช่วยเหลือดูแลได้

#### **ข้อเสนอแนะการศึกษาและการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรทำการศึกษาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล โดยการสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

2. ควรมีการศึกษาวิจัย เชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลร่วมด้วย เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการส่งเสริมบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## บรรณานุกรม

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*.

<https://www.dop.go.th/th/know/15/926>

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2562). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการขออนุญาตใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นที่*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2563). *แผนพัฒนาจังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ.2561 - 2565 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 (ฉบับบททวน)*.

<https://www.opsmoac.go.th/chachoengsao-strategic-preview-421891791826>

กฤษฎา แสงดี, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, ดาราวรรณ รongเมือง, รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ, เบญจพร รัชตาทิรมย์ และวิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์. (2562). การศึกษาภาระงาน ความพอเพียงของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยและสุขภาพการพยาบาล*, 35(2), 174-183.

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563*. บริษัท ละม่อม จำกัด.

กัญญา ศรีประยูร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. *วารสารสุขศึกษา*, 42(2), 19-23.

กัญญาณัฐ สุภาพร. (2563). ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. *วารสารกิจการชุมชน* 27(1), 150-161.

กัญญารัตน์ ก้นยะกาญจน์, จูติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม. *มนุษยสังคมสาร (ม ส ส.) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 17(1), 1-20.

คุณภาพ คงเจือ. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ*.

จรูญลักษณ์ ป็องเจริญ และชุกนธ์ เมืองช้าง. (2562). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 60-70.

- จินตนา บุญยั้ง. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 997-1004.
- จิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมณีกุล และสุรินทร กลัมพากร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 41-52.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ศรีศิลป์การพิมพ์.
- เจริญชัย หมั่นห่อ และสุพรรณิ พูลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม*, 6(1), 79-86.
- นายสุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภาภาษาไทย*, 12(2), 193-207.
- ณัฐพงศ์ ค้วนมี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. เอกสารเผยแพร่วิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- ณัฐรดา แสคำ, วรรณรัตน์ ลาวัง และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(4), 1-17.
- ณิชชาธิ์ พิริยจรัสชัย. (2560). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชรรา ชวนะพันธ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี.
- ทวิช วงศ์ไชยชาญ และชนะพล ศรีฤาษา. (2561). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 577-585.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัย  
ทักษิณ.

ธิดารัตน์ สมดี, ประมวล พันธุ์คุ้มเก่า, พรรณิกา งาม โปธิ, สุนิรัตน์ ยั่งยืน, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์,  
สุพัตรา แก้วเมือง และชัชชญา มหาวิวัฒน์. (2563). การดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะฟุ้งฟิง ตำบลนาโก อำเภอภูฉิมรายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*  
, 8(4), 489-500.

นาตยา สุดจ้อย. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
นิพนธ์ สุวรรณภูมิ, สุภภัทร นักรู้กำลังพัฒนา, อมรรัตน์ นระสนธิ และวุฒิชัย ลำดวน. (2564). ปัจจัย  
ทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัด  
อุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 23(2), 18-26.*

นิยากร อินทะขัน, วัชรภรณ์ ทองมี และเจริญพงษ์ ประสิทธิ์ระเก. (2564). การพัฒนากระบวนการการ  
บริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัด  
มหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(5), 845-853.

นิศมา ภูมิจิต. (2561). *คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน  
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ประเสริฐ สามีรัมย์. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยการพัฒนาความ  
รอบรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในเขตอำเภอเมือง  
บุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย  
สิ่งแวดล้อม*, 16(1), 86-100.

ผาณิต หลีเจริญ, ยุวนิดา อารามรัมย์, จารุณี วาระหัต, ณัชชา สังขภิญโญ และลักษณา หวดเพ็ชร.  
(2566). ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา. *ราชวดีสาร  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 13(2), 115-131.

พงศธร สีลาเงิน. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน  
จังหวัดพะเยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*

- พนม คลีฉายา. (2561). *หลัก เทคนิค และวิธีการประเมินผลการประชาสัมพันธ์*. โครงการตำรา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-451.
- มณีรัตน์ ขาวบล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2565). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 90-104.
- มินดา นาคหนูน, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริธากุล. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 18(4), 101-108.
- รุจา ภูไพบูลย์, ดารุณี จงอุดมการณ์, ถวัลย์ เนียมทรัพย์, จิตตินันท์ เคชะคุปต์ และระพีพรรณ คำหอม. (2561). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยตามวงจรชีวิต : การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารประชากรศาสตร์*, 34(1), 56-71.
- รวิวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*.
- วศินี ชิววรรณลักษณ์, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และนงศ์คราญ วิเศษกุล. (2566). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 72-84.
- วันเผด็จ สันธิ์ทิ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ. *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มสช. ครั้งที่ 1, 1*, 1-16.
- วิชัย ศิริวรรณจันชัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(2), 63-75.
- วิชาญ ปาวัน, กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม และมาสริน สุกุลปักษ์. (2559). การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 70-79.
- วุฒิกัทร สอนใหม่, ทศนีย์ ศีลาวรรณ, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, ญุเบศร์ แสงสว่าง และชลาลัย หาญเจนลักษณ์. (2566). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุม

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 9(2), 309-322.

ศิวพร ชุ่มเย็น และศิวไลซ์ วรรัตน์วิจิตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 34, 158-171.

ศุทธิณี สาครวาสี. (2554). แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.

สรวงสุดา เจริญวงศ์, พรทิวา คงคุณ, นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์ และเพียงตะวัน สีหวาน. (2561).

สถานการณ์การดูแลและความต้องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(2), 231-245.

สรวิชัย เอี่ยมนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 1(2), 75-90.

สุภาดา คำสุขชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอทางนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 6, 1156-1164.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2564. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2563). ข้อมูลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดฉะเชิงเทราปี 2563. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566)*. กลุ่มภารกิจกำกับติดตามและประเมินผล.
- สิทธิพร เกษจ้อย. (2560). บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น”. *วารสารสถาบันวิจัยพหุวัฒนธรรม*, 4, 163-171.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภกร วงศ์วัฑฒญ. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารการพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุพัตรา ศรีชุม. (2560). *บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวังของประชาชน ตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาพร เจือมา และชนะพล ศรีฤาชา. (2561). แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผล ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(3), 54-60.
- สุริยา ฟองเกิด. (2562). ความต้องการด้านการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 8(2), 93-108.
- สุวัฒน์ วงปฏิมาพร. (2553). *แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตาม โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(2), 71-84.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรสน*, 17(3), 235-243.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10<sup>th</sup> ed.). Pearson Education Inc.
- Bredewold, F., Duyvendak, J. W., Kampen, T., Tonkens, E., & Jansen Verplanke, L. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. AmsterdamVan Gennep.
- Herzberg, B. M., & Snyderman, B. (1993). *The Motivation to Work*. Transaction Publishers.

Krejcie, R. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational Psychol Meas.*

Mukherjee, A., Biswas, A., Roy, A., Biswas, S., Gangopadhyay, G., & Das, S. K. (2018).

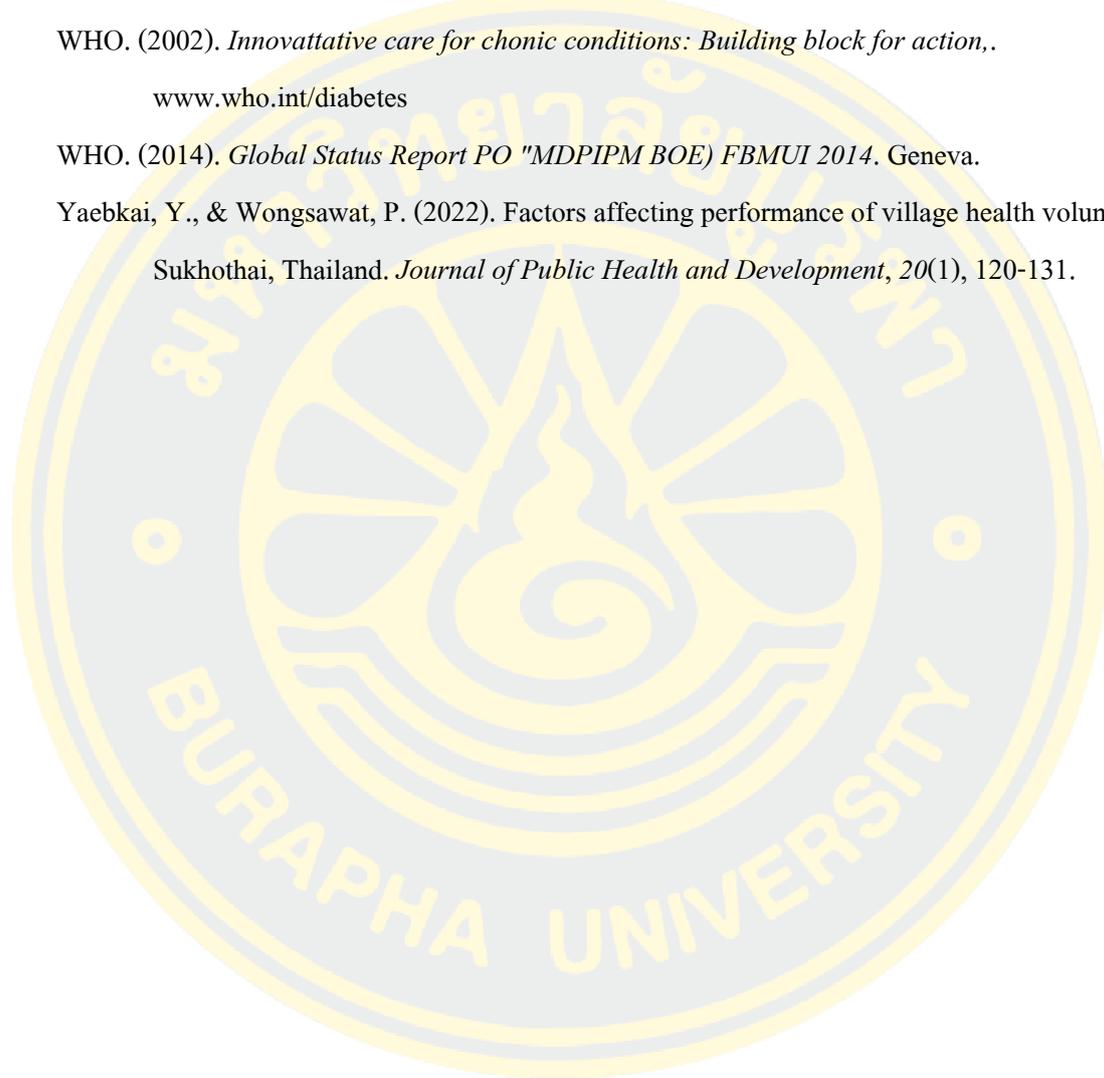
Behavioural and psychological symptoms of dementia: correlates and impact on caregiver distress. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(3), 354-365.

WHO. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building block for action*,.

[www.who.int/diabetes](http://www.who.int/diabetes)

WHO. (2014). *Global Status Report PO "MDPIPM BOE) FBMUI 2014*. Geneva.

Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2022). Factors affecting performance of village health volunteers in Sukhothai, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 20(1), 120-131.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |  |   |
|--|---|
| 1. นายกลีวัฒน์ ศรีประดิษฐ์                   | รองนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา                            |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรिताกุล | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา                   |
| 3. อาจารย์ ดร.วิษรา ตาบุตรวงศ์               | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา                   |
| 4. คุณรัชณี บุญเรืองศรี                      | รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ<br>กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. คุณพิชิตา ตัญญาบุตร                       | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ<br>หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและบริการ |



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์



### บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 3189
วันที่ 29 ธ.ค. 2564
ปลา 13.54

อมตะธิดา (กฤษณรัตน์)

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๒  
 ที่ อว ๘๓๐๐/๒๕๖๔  
 เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 091/2564 โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมี นางสาวเสาวลักษณ์ สุขขะ เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการฉบับนี้ ตามประกาศมหาวิทยาลัย เลขที่ ๑๓๖๖/๒๕๖๒ เรื่อง แนวปฏิบัติในการจำแนกโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ได้ประกาศใช้ เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ แล้วว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นโครงการวิจัยที่สามารถให้การรับรอง โดยยกเว้นการลงมติจากที่ประชุม (Exemption Determination) ตามข้อ ๕ คือเป็นการวิจัยที่เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ (Survey) สัมภาษณ์ (Interview) หรือ สังเกต (Observe) พฤติกรรมสาธารณะของประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ ข้อมูลนั้นต้องไม่สามารถเชื่อมโยงถึงเจ้าของข้อมูลเป็นรายบุคคลและไม่มีผลกระทบต่อบุคคลทางสังคม ทำให้เกิดการเสื่อมเสียภาพลักษณ์ การดำเนินชีวิต การทำงาน สวัสดิการ เศรษฐกิจ รวมทั้งความเสี่ยงทางกฎหมาย จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยได้ พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Certificate Number IRB3-125/2564) มาถึงท่าน เพื่อแจ้งนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป โดยห้ามนิสิตฯ เบี่ยงเบนรายละเอียดต่างๆ ของโครงการวิจัยที่ยื่นมาขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเมื่อนิสิตฯ ดำเนินการวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอให้แจ้งปิดโครงการวิจัยมาแจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตฯ ทราบ จะขอบคุณยิ่ง

เรียน คณบดี

*Handwritten signature*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธรรม แยมประทุม)

- ๑. เพื่อโปรดทราบ ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ๒. แจ้งรวมฝ่ายวิจัย (บวชนฤมิตรีย์) สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี

ทราบเพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

อำไพ ๒๙ ธ.ค. ๖๔

*Handwritten signature*

หมายเหตุ : ผู้วิจัยสามารถดาวน์โหลดเอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่างๆ ซึ่งผ่านการประทับตราเรียบร้อยแล้ว ได้จากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแบบออนไลน์ (BUU Ethics Submission Online) เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

เลขที่ IR83-125/2564



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 091/2564

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายการปฏิบัติพบบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทรา

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวเสาวลักษณ์ สุขชะ

หน่วยงานที่สังกัด : นิติศาสต์บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |  |   |
|--|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564   |
| 2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย                       | ฉบับที่ 1 วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย                 | ฉบับที่ 2 วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564   |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย      | ฉบับที่ 2 วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564   |
| 5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย      | ฉบับที่ 1 วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 |
| 6. เอกสารอื่นๆ   | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -             |

วันที่รับรอง : วันที่ 21 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564

วันที่หมดอายุ : วันที่ 21 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

ลงนาม

๗๖

๗๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมร. แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกรุ่มตัวอย่าง



เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 091/2564 วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2564)

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัส  
โครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยการทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมของโครงการฯ โดยการเข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางในการตอบแบบสอบถามของโครงการจากคณะผู้วิจัย และทำการประเมิน ตอบคำถามตามแบบสอบถามที่ท่านจะได้รับ โดยตอบคำถามตามความเป็นจริงจากการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver) ของท่านที่ได้ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การเข้าร่วมตอบแบบสอบถามเป็นเข้าร่วมวิจัยโครงการวิจัยในครั้งนี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้นและท่านมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ การรักษาโรค และการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver) ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของท่านและหน่วยบริการ รวมทั้งประโยชน์ในการพัฒนาระบบในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มี ความเสี่ยงแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน ของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการ เผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่ เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาต จากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความ ยินยอม

ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าใน เอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม .....พยาน

(.....)

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

### (Participant Information Sheet)

(สำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 091/2564 (วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2564)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยการทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวเสาวลักษณ์ สุขขะ นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยปัจจัยการทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทราและปัจจัยการทำนายการปฏิบัติบทบาท ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลในจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป โดยแบบสอบถามประกอบ 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษาและอาชีพ จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ตามบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสำรวจและจำแนกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) การประเมินปัญหาและความต้องการและการจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การปฏิบัติ/ร่วมปฏิบัติการและจัดทำรายงานผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การติดตามและประเมินผลและจัดทำรายงานผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) สถานการณ์ นโยบาย และวิธีการดำเนินงาน 2) แหล่งทรัพยากร บริการต่างๆ และหน่วยที่สนับสนุน จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท เป็นแบบประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ช่วยเหลือดูแลต่อการทำบทบาทการดูแลต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับนับถือ 2) ด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน 3) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ 4) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน 5) ด้านความก้าวหน้าในงาน 6) ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแล จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล เป็นแบบวัดความเข้าใจของผู้ช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง 2) ด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท เป็นแบบประเมินการรับรู้

ของผู้ช่วยเหลือดูแล ถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือที่จัดไว้ให้เพื่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านเครือข่ายการดูแล 2)ด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์ด้านสาธารณสุข 3)ด้านงบประมาณ 4)ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งฉบับของแบบสอบถามจำนวน 99 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 40 นาที ทั้งนี้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคน ได้รับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดดังนี้ (1)ก่อนเข้าไปเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรค COVID-19 ส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ช่วยทำการคัดกรองความเสี่ยงโรคโควิด 19 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบด้วย หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์เจล สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน (3) ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งให้จัดสถานที่ถูกต้องตามหลักการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อโรค ได้แก่ สถานที่ผ่านการทำความสะอาด มีการถ่ายเทอากาศได้ดี กำหนดระยะห่างเก้าอี้ให้มีระยะห่าง 2 เมตร ขณะสัมภาษณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าห้องเพียงครั้งละ 1 ท่าน หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมของโครงการฯ โดยการเข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางในการตอบแบบสอบถามของโครงการจากคณะผู้วิจัย และทำการประเมิน ตอบคำถามตามแบบสอบถามที่ท่านจะได้รับ โดยตอบคำถามตามความเป็นจริงจากการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver) ของท่านที่ได้ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การเข้าร่วมตอบแบบสอบถามเป็นเข้าร่วมวิจัยโครงการวิจัยในครั้งนี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้นและท่านมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ การรักษาโรค และการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver) ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของท่านและหน่วยบริการรวมทั้งประโยชน์ในการพัฒนาระบบในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มี

รหัสผ่านของคุณและผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวเสาวลักษณ์ สุขชะ นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 061-9488666 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล [buuethics@buu.ac.th](mailto:buuethics@buu.ac.th)

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เสาวลักษณ์ สุขชะ  
ผู้วิจัย



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

**แบบสอบถามเรื่อง**  
**ปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล**  
**จังหวัดฉะเชิงเทรา**

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน การปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทของท่านตรงกับความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ โดยข้อมูลที่ตอบจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวเสาวลักษณ์ สุขชะ

นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคพิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับข้อมูลของท่านตามความเป็นจริง

### 1. เพศ

- ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

### 2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

### 3. ท่านมีสถานภาพการสมรส

- ( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส/อยู่ด้วยกัน  
( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่

### 4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

- ( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.  
( ) 5. อนุปริญญา/ ปวส. ( ) 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

### 5. อาชีพหลักของท่าน

- ( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. เกษตรกร  
( ) 3. ข้าราชการ/วิสาหกิจ ( ) 4. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว  
( ) 5. รับจ้างประจำ (ลูกจ้างบริษัท) ( ) 6. รับจ้างชั่วคราว  
( ) 7. อื่น ๆ ระบุ.....

### 6. ท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่ ถ้ามีเป็นโรคอะไร

- ( ) 1. ไม่มีโรคประจำตัว  
( ) 2. มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
( ) 1. โรคความดันโลหิตสูง ( ) 2. โรคเบาหวาน  
( ) 3. โรคไขมันในเลือดสูง ( ) 4. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ  
( ) 5. อื่น ๆ ระบุ.....

### 7. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล .....ปี

### 8. หลักสูตรที่ท่านผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นสูงจำนวน 420 ชั่วโมง  
( ) 2. หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง 70 ชั่วโมง

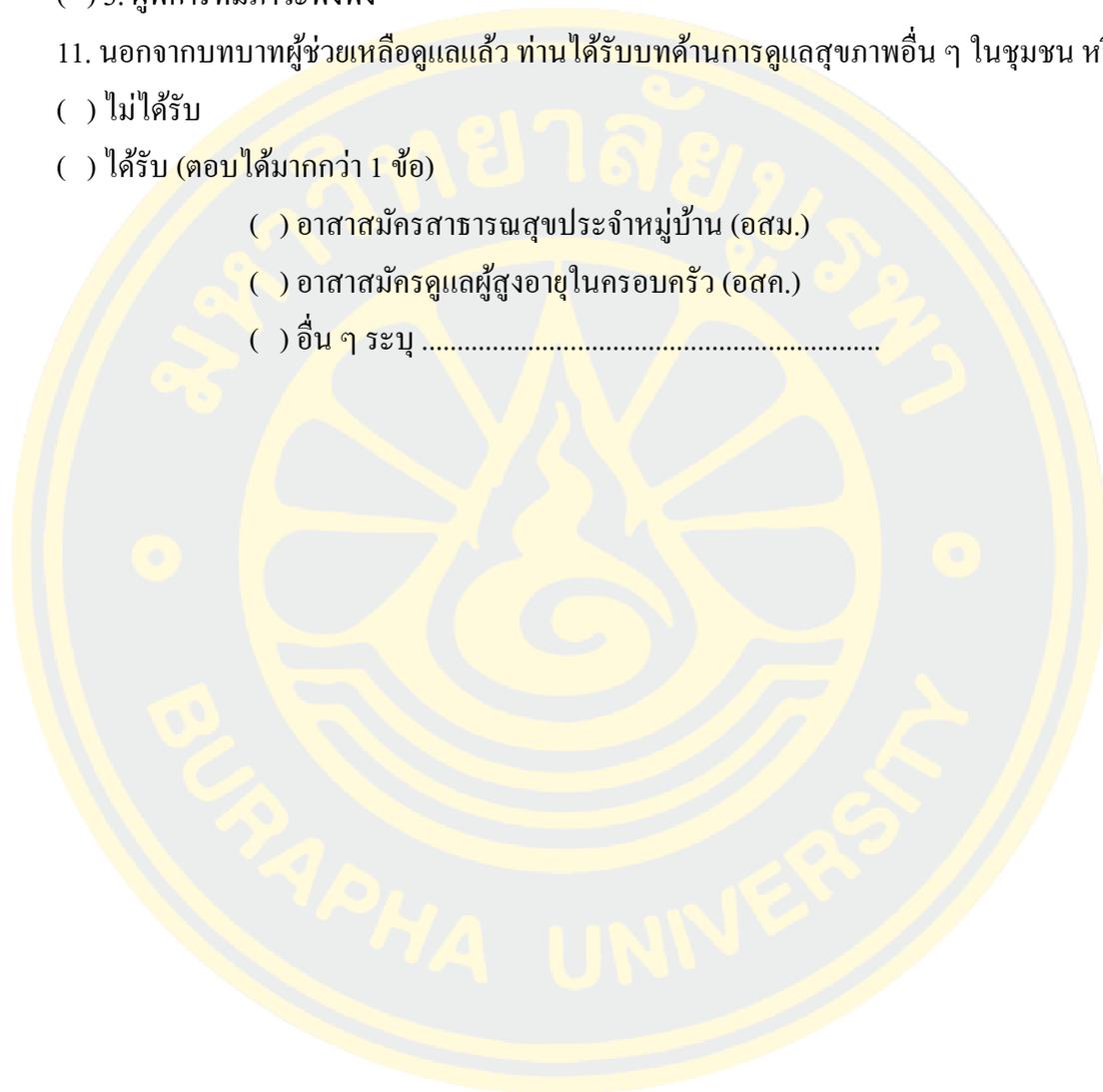
### 9. ปัจจุบัน ท่านมีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบดูแล .....คน

10. ประเภทของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ( ) 2. ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง
- ( ) 3. ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

11. นอกจากบทบาทที่ช่วยเหลือดูแลแล้ว ท่านได้รับบทบาทด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ในชุมชน หรือไม่

- ( ) ไม่ได้รับ
- ( ) ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ( ) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
  - ( ) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (อสค.)
  - ( ) อื่น ๆ ระบุ .....



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังตามบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลของท่านย้อนหลังในรอบปีที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับกรปฏิบัติกิจกรรมของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4 คะแนน ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เสมอ/เป็นส่วนใหญ่/อย่างน้อยร้อยละ 76-100 ของกิจกรรม

3 คะแนน ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เสมอ/เป็นส่วนใหญ่/อย่างน้อยร้อยละ 51-75 ของกิจกรรม

2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ บ่อยครั้ง/เป็นปานกลาง/ร้อยละ 26-50 ของกิจกรรม

1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง/เป็นส่วนน้อย/น้อยกว่าร้อยละ 1-25 ของกิจกรรม

0 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อคำถาม	(4) ปฏิบัติ ประจำ	(3) ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	(2) ปฏิบัติ บางครั้ง	(1) ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	(0) ไม่ได้ ปฏิบัติ
1	ท่านประเมินและคัดกรองผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบ (เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน)					
2	ท่านจัดทำข้อมูลและแยกประเภทผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบตามเกณฑ์					
3	ท่านบันทึกข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบตามระดับการพึ่งพิงลงในระบบการจัดเก็บข้อมูล					

ข้อ	ข้อความ	(4) ปฏิบัติ ประจำ	(3) ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	(2) ปฏิบัติ บางครั้ง	(1) ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	(0) ไม่ได้ ปฏิบัติ
4	.....					
.	.....					
.	.....					
20	ท่านปรับแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ของท่านถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังตามบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลย้อนหลังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณเองสามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นมากที่สุด หรือเห็นด้วยร้อยละ 76-100

3 คะแนน = เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณเองสามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นมาก หรือเห็นด้วยร้อยละ 51-75

2 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณเองสามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นปานกลางหรือเห็นด้วยร้อยละ 26-50

1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณเองสามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลตามข้อความนั้นน้อยหรือเห็นด้วยร้อยละ 1-25

0 คะแนน = ไม่เห็นด้วยเลย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลตามข้อความนั้น หรือไม่เห็นด้วยเลย

ข้อ	ข้อความ	(4) เห็น ด้วย มาก ที่สุด	(3) เห็น ด้วย มาก	(2) เห็น ด้วย ปาน กลาง	(1) เห็น ด้วย น้อย	(0) ไม่ เห็น ด้วย เลย
1	ท่านได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบจากจากผู้จัดการการดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					

ข้อ	ข้อความ	(4) เห็น ด้วย มาก ที่สุด	(3) เห็น ด้วย มาก	(2) เห็น ด้วย ปาน กลาง	(1) เห็น ด้วย น้อย	(0) ไม่ เห็น ด้วย เลย
2	ท่านได้รับทราบข้อมูลนโยบายที่เป็นปัจจุบันหรือที่เปลี่ยนแปลงไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้จัดการการดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
3	ท่านได้รับทราบข้อมูลแนวทางที่เป็นปัจจุบันหรือที่เปลี่ยนแปลงไปเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้จัดการการดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
4	.....					
.	.....					
.	.....					
8	ท่านได้รับการแจ้งรายงานผลการปฏิบัติงานของท่านเป็นระยะ ๆ จากผู้จัดการการดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังตามบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลย้อนหลังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง หรือร้อยละ 76 - 100
3 คะแนน = เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก หรือ ร้อยละ 51 - 75
2 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง ร้อยละ 26 - 50
1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย หรือร้อยละ 1 - 25
0 คะแนน = ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	(4) เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	(3) เห็น ด้วย มาก	(2) เห็น ด้วย ปาน กลาง	(1) เห็น ด้วย น้อย	(0) ไม่ เห็น ด้วย เลย
1	ชุมชนยินดีที่จะได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพจากท่าน					
2	ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี เมื่อจัดประชุมเกี่ยวกับงานสาธารณสุข					
3	ผู้นำชุมชนให้การยกย่องแก่ท่านและให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ					
4	.....					
.	.....					
.	.....					
30	ท่านทำเพราะทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					

## ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ของท่านเกี่ยวกับการดูแล  
ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด  
โดยพิจารณาเกณฑ์ ดังนี้

ถูก หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้อง/ใช่

ผิด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้อง/ไม่ใช่

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม “ติดสังคม” คือ ผู้ที่มีคะแนนการประเมินผลรวม 12 คะแนนขึ้นไป			
2	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม “ติดบ้าน” คือผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้บ้าง และต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบางอย่าง			
3	ในการประเมินโรคเบาหวานของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หากมีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 105 mg. ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน			
4	.....			
.	.....			
.	.....			
20	ผู้ดูแลจะต้องบันทึกแผนการดูแลรายบุคคลเป็นระยะเวลา 20 วัน หรือตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานจริงในแต่ละเดือน			

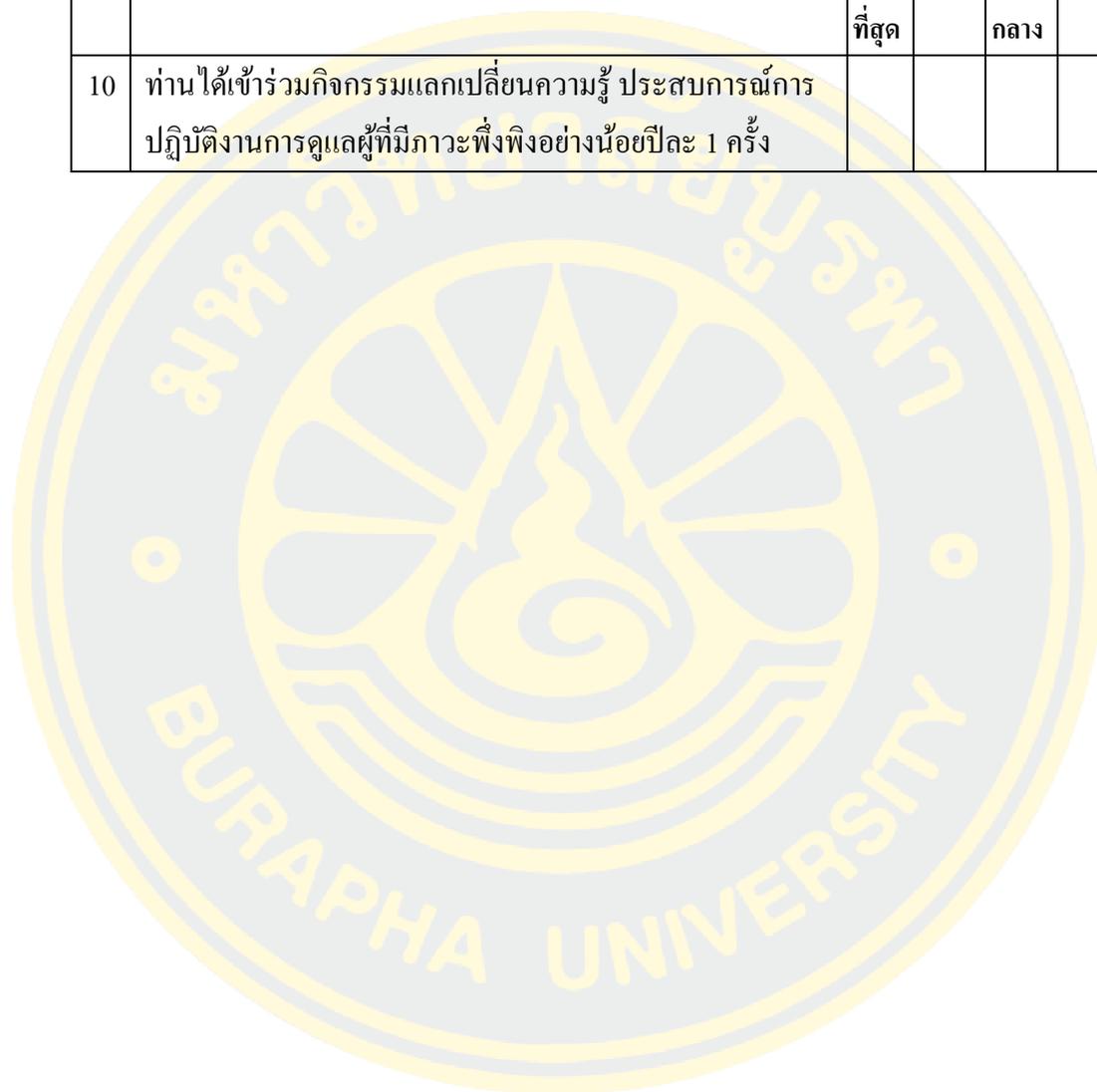
## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้สึกรู้สึกของท่านต่อทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลย้อนหลังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่งหรือร้อยละ 76 - 100
3 คะแนน = เห็นด้วยมาก หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก หรือร้อยละ 51 - 75
2 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง หรือร้อยละ 26 - 50
1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยน้อย หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย หรือร้อยละ 1 - 25
0 คะแนน = ไม่เห็นด้วยเลย หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	(4) เห็น ด้วย มาก ที่สุด	(3) เห็น ด้วย มาก	(2) เห็น ด้วย ปาน กลาง	(1) เห็น ด้วย น้อย	(0) ไม่ เห็น ด้วย เลย
1	ท่านมีทีมผู้ช่วยเหลือดูแลหรืออาสาสมัคร อื่น ๆ เป็นที่ปรึกษา ขอคำแนะนำ ตอบข้อสงสัย หรือพูดคุยขณะการปฏิบัติหน้าที่					
2	ท่านมีผู้จัดการดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข เป็นที่ปรึกษา ขอคำแนะนำ หรือตอบข้อสงสัย ขณะการปฏิบัติหน้าที่					
3	ท่านได้รับการสนับสนุนเอกสาร แผ่นพับ และสื่อต่าง ๆ ที่ จำเป็นต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ท่านต้องการ					
4	.....					
.	.....					
.	.....					

ข้อ	ข้อความ	(4) เห็น ด้วย มาก ที่สุด	(3) เห็น ด้วย มาก	(2) เห็น ด้วย ปาน กลาง	(1) เห็น ด้วย น้อย	(0) ไม่ เห็น ด้วย เลย
10	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					





ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวแปรต้นของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แยกรายข้อ (n = 292)

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ข้อมูลสถานการณ์ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่	3.26	0.74	มาก
2. ข้อมูลนโยบายที่เป็นปัจจุบันหรือที่เปลี่ยนแปลงไป	3.23	0.74	มาก
3. ข้อมูลแนวทางที่เป็นปัจจุบันหรือที่เปลี่ยนแปลงไป	3.21	0.73	มาก
4. ข้อมูลกฎหมาย ข้อบังคับ หรือสิทธิของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.04	0.84	มาก
5. ข้อมูลทรัพยากรสื่อ เอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ หรือโปรแกรม	2.89	0.90	ปานกลาง
6. ข้อมูลทรัพยากรบุคคลหรือหน่วยงาน	3.19	0.76	มาก
7. การเข้าร่วมประชุมหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง	3.25	0.70	มาก
8. การแจ้งรายงานผลการปฏิบัติงานของท่านเป็นระยะ	3.18	0.78	มาก

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแล  
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แยกรายข้อ (n = 292)

แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ชุมชนยินดีที่จะได้รับคำแนะนำ	3.42	0.67	มาก
2. ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน	3.46	0.64	มาก
3. ผู้นำชุมชนให้การยกย่อง	3.37	0.64	มาก
4. เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานท่านจะได้รับกำลังใจ	3.43	0.64	มาก
5. เพื่อนผู้ช่วยเหลือดูแลชมเชยและแสดงความยินดี	3.47	0.65	มาก
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยกย่อง ชมเชยในการปฏิบัติงาน	3.52	0.65	มาก
7. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล	3.40	0.89	มาก
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นมิตร	3.73	0.51	มาก
9. ท่านเต็มใจและให้ความร่วมมือช่วยเหลือ	3.74	0.51	มาก
10. ท่านรู้จักกับผู้ช่วยเหลือดูแล	3.69	0.55	มาก
11. ท่านรู้จักกับผู้ช่วยเหลือดูแลในหมู่บ้าน	3.48	0.67	มาก
12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ช่วยเหลือดูแล	3.53	0.66	มาก
13. ท่านมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนผู้ช่วยเหลือดูแล	3.46	0.73	มาก
14. ท่านคิดว่า การได้รับสิทธิรักษาพยาบาลฟรีทำให้มั่นใจและรู้สึกปลอดภัย	3.47	0.70	มาก
15. ท่านคิดว่า การเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลมีประโยชน์	3.47	0.62	มาก
16. ท่านคิดว่า การเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลช่วยให้ได้รับความสะดวก	3.37	0.73	มาก

## ตารางที่ 9 (ต่อ)

แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
17. ท่านคิดว่าประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวผู้ ช่วยเหลือดูแลที่ได้รับเป็นสิ่งจำเป็น	3.43	0.72	มาก
18. ท่านภูมิใจที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล	3.72	0.49	มาก
19. ภูมิใจที่ได้ทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล	3.56	0.69	มาก
20. ท่านมีอุปกรณ์เครื่องพร้อมที่จะปฏิบัติงาน	3.09	0.92	มาก
21. ท่านสะดวกในการเดินทางไปปฏิบัติงาน	3.35	0.79	มาก
22. ท่านรู้สึกสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเสียเวลา เดินทาง	1.53	1.53	น้อย
23. ท่านได้รับความรู้ในเรื่องต่างๆ	3.43	0.66	มาก
24. ท่านมีการอบรมฟื้นฟูความสามารถ	3.42	0.69	มาก
25. ท่านได้รับคำแนะนำเสนอแนะ	3.58	0.61	มาก
26. ท่านทำเพราะมีใจรัก	3.71	0.52	มาก
27. ท่านทำเพราะทำให้เกิดความสัมพันธ์กับบุคคล อื่น	3.52	0.74	มาก
28. ท่านทำเพราะเป็นงานที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม	3.72	0.51	มาก
29. ท่านทำเพราะทำให้ได้รับการยกย่องชื่นชม	2.13	1.52	ปานกลาง
30. ท่านทำเพราะทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.68	0.60	มาก

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ทรรศการในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แยกรายข้อ (n = 292)

ทรรศการในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปรผล
1. ท่านมีทีมผู้ช่วยเหลือดูแลหรืออาสาสมัครอื่น ๆ เป็นที่ปรึกษา	3.37	0.64	มาก
2. ท่านมีทีมผู้จัดการดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นที่ปรึกษา	3.55	0.58	มาก
3. ท่านได้รับการสนับสนุนเอกสาร แผ่นพับ และสื่อต่าง ๆ ที่จำเป็น	3.07	1.02	มาก
4. ท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และครุภัณฑ์ต่าง ๆ	3.09	1.03	มาก
5. หน่วยงานต้นสังกัดเตรียมแผนงบประมาณที่สนับสนุน	2.89	1.10	ปานกลาง
6. ท่านได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	1.87	1.48	น้อย
7. หน่วยงานต้นสังกัดมอบหมายงานหรือจัดให้ท่านรับผิดชอบดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสม	3.18	0.81	มาก
8. หน่วยงานต้นสังกัดกำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสม	3.20	0.73	มาก
9. หน่วยงานต้นสังกัดกำหนดช่องทางการสื่อสาร แสดงความห่วงใย	3.43	0.63	มาก
10. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์	3.29	0.85	มาก

### ตารางความสัมพันธ์

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 192)

ตัวแปร	Y	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>
1. (Y)	1					
2. (X <sub>1</sub> )	.132*	1				
3. (X <sub>2</sub> )	.534**	.061	1			
4. (X <sub>3</sub> )	.491**	.028	.524**	1		
5. (X <sub>4</sub> )	.353**	.064	.134*	.142*	1	
6. (X <sub>5</sub> )	.231**	.058	.361**	.362**	.115*	1

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

หมายเหตุ (Y) การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล  
 (X<sub>1</sub>) ระยะเวลาในการปฏิบัติบทบาท  
 (X<sub>2</sub>) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแล  
 (X<sub>3</sub>) แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท  
 (X<sub>4</sub>) ความรู้เกี่ยวกับการดูแล  
 (X<sub>5</sub>) ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	เสาวลักษณ์ สุขชะ
วัน เดือน ปี เกิด	01 พฤษภาคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	114/2 ม.8 ต.บางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 24110
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2559-2560 พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธโสธร พ.ศ. 2560-2566 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขา หินซ้อน พ.ศ. 2566-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคันทนา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2559 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ. 2567 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	ทุนสนับสนุนการทำวิจัย สำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2565 มหาวิทยาลัยบูรพา