



# ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

## Predictors of HealthCare behaviors for the Elderly among Caregivers in Warinchamrap District, Ubonratchathani Province

สุวิมลรัตน์ วัฒนพงษ์  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 399 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Simple Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเองประกอบด้วย 4 ส่วน หากความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นส่วนที่ 2 เท่ากับ .89 ส่วนที่ 3 เท่ากับ .87, 87.75, .94 ส่วนที่ 4 เท่ากับ .89, .79 และค่า KR-20 เท่ากับ .56 - .60 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาสมการทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ ปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล และปัจจัยลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว และการให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ได้แก่ ปัจจัยความเครียด ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยการให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นจึงควรมีทีมสุขภาพ และครอบครัวดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มากขึ้น

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ



## Abstract

The purpose of this cross-sectional analysis research is to predictors of health care behaviors for the elderly among care givers, The sample consisted of 399 caregivers of elderly people in Warinchamrab district, Ubonratchathani Province by using stratified random sampling method. Data were collected by applying 4 parts self-administrative questionnaires and data were analyzed by using 1) descriptive statistics 2) analytical statistics : Pearson correlation, chi-square test, and stepwise multiple regression statistics.

The results revealed that social life such as factor income and the relationship with the elderly, psychological factors : stress factors in the role of elder care factors knowledge in the health care of elderly caregivers and the locus inside - outside their own health care to elderly, social factors: The factors supporting the health care of elderly caregiver family and inputs to support the health care of the elderly care (from) medical personnel were associated with behavioral health care, statistically significant ( $p < 0.05$ ).

The result of stepwise method of multiple regression statistics revealed that factors including stress factors: the locus inside - outside their own health care, and supporting the elderly care health care from medical personnel could accurately predict health care behaviors for the elderly among caregivers at the level of 23.2 % ( $R^2 = .232$ ,  $p < .05$ ). Therefore, it should be arrange the family health care teams appropriately for

taking care health care behaviors for the elderly

**Key words :** Behavioral Health Care, Elderly ,Elderly care to caregivers

## บทนำ

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรวัยสูงอายุ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีจำนวนคนสูงอายุ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ.2543 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2562 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.3 เป็นข้อบ่งชี้ว่าขณะนี้สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ : Aging society (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและได้ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดสังคม ประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปโรงพยาบาล 1.3 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 21 ดังนั้นรัฐบาลจึงมุ่งเน้นเป้าหมายสำคัญทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและทำอย่างไรผู้สูงอายุที่มีอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมคาดหวังว่าการมีส่วนร่วมมีการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2558)

จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 164,698 คนในรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีปี 2553 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี,2553) พบปัญหาโรคไม่ติดต่อประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.44 โรคเบาหวานร้อยละ 10.42 ปัญหาทันตสุขภาพร้อยละ 43.83 โรคทางสายตาร้อยละ 43.83 และปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 2.47 สำหรับด้าน



การบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้กำหนดนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในทุกระดับเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระยะยาวได้และอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด 3 ลำดับแรก คืออำเภวารินชำราบ (14.04%) พิบูลมังสาหาร (13.65%) และ ตระการพืชผล (13.62%) การดำเนินงานตามนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นในสภาวะผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แต่ขาดผู้ดูแลทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยคณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับโรงพยาบาลวารินชำราบ สาธารณสุขอำเภอมืองอุบลราชธานี และสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ([www.ubu.ac.th/new/index.php](http://www.ubu.ac.th/new/index.php) เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2558) ร่วมลงนามความร่วมมือในบันทึกข้อตกลงทางการศึกษา ในเบื้องต้นรูปแบบการดำเนินงาน ด้านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 3 เดือน ให้แก่ผู้พบชุมชนในพื้นที่อำเภวารินชำราบ ระหว่างวันที่ 12 มกราคม – 3 เมษายน 2558 โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 40 คนผู้ดูแลดังกล่าวเป็นคณาจารย์ในชุมชนแต่ไม่ใช้กลุ่มบุตรหลานหรือญาติผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์แล้วพบว่าการที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีนั้น ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะมีสุขภาพดีผู้สูงอายุมีประสบการณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยทางจิต ปัจจัยทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร,2552)

ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากผู้สูงอายุมีความลดน้อยถอยลงของสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการที่ทำให้ผู้สูงอายุ

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุนี้ มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง มีภาระผูกพันถูกจำกัดเวลาให้เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุได้เท่านั้น ไม่สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตตนเองได้ จากบทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบงานวิจัยปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (วชิรพรรณ เทพิน,2553) พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้องระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลความสามารถทำนายนการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจกันสันพบว่าความสามารถทำนายนการดูแลก่อนปีด้านต่ำหมายความว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภและคณะ,2557) และจากการศึกษาบทบาทสมาชิกของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์โดยส่วนใหญ่เป็นบุตร และดูแลผู้สูงอายุใน 4 ด้านสำคัญได้แก่ทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ทางด้านสังคมและด้านการรักษา (นิษา โมราถบและคณะ,2555) แต่ยังไม่มีการศึกษาในส่วนปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็น ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในด้านปัจจัยทางชีวจิตได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความเชื่อภายใน-นอกตน และปัจจัยทางสังคมได้แก่การได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัวและบุคคลากร



ทางการแพทย์ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างไร ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ทราบสาเหตุและปัจจัยทำนายเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุของปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-Section Analytical Study)

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคคลในครอบครัว หรือญาติของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 แห่ง จำนวน 9,143 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 23 แห่ง ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 399 คน สุ่มตัวอย่างตามขนาดของแต่ละชั้นภูมิด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลาก

**วิธีการ** เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Simple Random Sampling) จัดสรรตัวอย่างเป็นสัดส่วนกับขนาดของชั้นภูมิ ขนาดของชั้นภูมิ (Proportional allocation) (ยุพา ถาวรพิภพ, 2554) ประชากรเป้าหมาย มี 9,143 คน และผู้วิจัยต้องการกลุ่มตัวอย่าง 399 คนจากประชากรทั้งหมดและใช้การสุ่มอย่างง่าย สุ่มกลุ่มตัวอย่าง 30% จากประชากรในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งหมด 23 แห่งแต่ละแห่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง (30% ของ 399 คน) ตามสัดส่วน

### เกณฑ์รับเข้าศึกษา

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุระบุว่าให้การดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุดในครอบครัว และเป็นผู้นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมากที่สุดในครอบครัว
2. ต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาถือว่าเป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุและเพียงพอต่อการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้
3. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตนั้น
4. มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจ
5. ไม่เป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และพัฒนามาจาก วชิราพรพรรณ เทพิน (2553) และ คมสัน แก้วระยะ (2540) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามด้านปัจจัยทางชีวสังคม 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) แบบสอบถามด้านปัจจัยทางจิต และ 4) แบบสอบถามด้านปัจจัยทางสังคม

1. **แบบสอบถามด้านปัจจัยทางชีวสังคม** เป็นแบบสอบถามที่ถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างโดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและลักษณะครอบครัวของ



ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบสอบถามเป็นแบบกำหนดคำตอบให้ (Check List) จำนวน 8 ข้อ

**2. แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**  
พฤติกรรมการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านอาหาร 2) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 3) ด้านออกกำลังกาย 4) ด้านการขับถ่าย 5) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ 6) ด้านสุขภาพอนามัยและ 7) ด้านการปรับตัวต่อความเครียด แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปร จำนวน 33 ข้อ

### 3. แบบสอบถามด้านปัจจัยทางจิตได้แก่

3.1) แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของคัมสัน แก้วระยยะ (คัมสัน แก้วระยยะ, 2540) ซึ่งข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 30 ข้อ

3.2) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบ่งเป็น 7 ด้านได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอันตรายต่อตนเอง ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวต่อความเครียด แบบสอบถามแบบการประเมินผล 5 ระดับ คือ ถูกต้อง หรือ ไม่ถูกต้อง จำนวน 22 ข้อ

3.3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดความเชื่อ ความชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การ

แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 10 ข้อ

3.4) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 6 ข้อ

3.5) แบบสอบถามสุขภาพจิตระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ แบบสอบถามครอบคลุมเกี่ยวกับ 2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 20 ข้อ

### 4. แบบสอบถามด้านปัจจัยทางสังคม

4.1) การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัว โดยนำแนวคิดมาจากเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et.al., 1981) มาปรับปรุงและพัฒนาแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 10 ข้อ

4.2) การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 10 ข้อ



## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ โดยมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert) ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลผู้สูงอายุ นำแบบสอบถามมาทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 2 เท่ากับ .89 ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย .87.87.76 .94 และส่วนที่ 4 ประกอบด้วย .89 .79 ตามลำดับ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานขอความอนุเคราะห์สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในการทำวิจัยกับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตประสงค์โดยการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยได้คัดเลือกตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนดพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยโดยให้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 399 คนและผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างตอบและผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามคืนทันทีเมื่อผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จและเสร็จแล้วได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์และทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและให้สิทธิกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในการตัดสินใจยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ

2. การรายงานผลการวิจัย ใช้การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบการทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ Stepwise multiple regression analysis

## ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.9 มีอายุระหว่าง 21-65 ปีมากที่สุดร้อยละ 36.5 ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.9 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 31.6 โดยมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 53.3 นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตรร้อยละ 61.1 ลักษณะครอบครัวขยายร้อยละ 52.6 ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประวัติว่าดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 78.4 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของปัจจัยชีวสังคม (n = 399)

ปัจจัยชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ความถี่	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	100	25.2
หญิง	299	74.9
<b>อายุ (ปี)</b>		
ต่ำกว่า 21 ปี	5	1.3
21-40	124	31.1
41-60	125	31.3
61-65	145	36.5
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	41	10.3
สมรส	298	74.7
หม้ายหรือหย่าร้าง	60	15.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	255	63.9
มัธยมศึกษา	126	31.6
ปริญญาตรี	16	4.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.5
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	212	53.3
5,000-10,000 บาท	157	39.4
มากกว่า 10,000 บาท	30	7.3
<b>ระยะเวลาการดูแล</b>		
1-6 เดือน	32	8.0
7-12 เดือน	54	13.6
1 ปีขึ้นไป	313	78.4
<b>ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ</b>		
คู่ชีวิต	49	12.3
บุตร	244	61.2
หลาน	74	18.5
อื่นๆ	32	8.0
<b>ลักษณะครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว	189	47.4
ครอบครัวขยาย	210	52.6



**ปัจจัยทางจิต**ด้านความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 69.6 และภาพรวมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดระดับต่ำ  $\bar{X} = 1.44$  S.D.=.724

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.0

ด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวมผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.36$  S.D.=.405)

ด้านความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 66.8 และภาพรวมผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.51$  S.D.=1.22)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุพบว่า สัมพันธภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.7 และภาพรวมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.46$  S.D.=.434)

**ปัจจัยทางสังคม**ประกอบด้วย การให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากครอบครัวของผู้สูงอายุพบว่า อยู่ระดับปานกลางร้อยละ 76.6 และภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.38$  S.D.=.407)

การให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.3 และภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.77$  S.D.=.587)

**พฤติกรรม**การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.2 และภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.48$  S.D.=1.23 )

**ปัจจัยชีวสังคม**ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล และลักษณะความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Chi-square)	p-value
เพศ	0.042	.976
อายุ	2.853	.837
ระดับการศึกษา	0.539**	.001
สถานภาพสมรส	4.86	.302
รายได้ต่อเดือน	0.72**	.001





ระยะเวลาการดูแล	0.832**	.002
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	0.371**	.002
ลักษณะครอบครัว	3.285	.195

\*\* p-value= .01

ปัจจัยทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.273$ ) ส่วนปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ในตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ( $r = -0.166, -0.259$  ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางจิต	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	0.273**	.000
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	-0.166**	.001
ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.009	.854
ความเชื่ออำนาจภายใน-ในตนเองด้านสุขภาพ	-0.259**	.000
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ	0.085	.091

\*\* p-value= .01

ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.125, 0.421$  ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว	0.125*	.012
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์	0.421**	.000

\*\* p-value= .01,\* p-value= .05

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอวังน้อย จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.2 ( $R^2 = 0.232$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ( $\beta = .36$ ,  $p < .001$ ) ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ ( $\beta = -.15$ ,  $p < .001$ ) และปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ( $\beta = .14$ ,  $p < .001$ ) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนาย	S.E.	$\beta$	t	p-value	
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์	0.344	0.043	0.363	7.976	.001
ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ	0.116	0.034	-0.158	-3.370	.001
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	0.098	0.032	0.144	0.144	.003

p-value= .01



## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำมาใช้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อดังนี้

### 1. ปัจจัยชีวสังคม ทางจิตและทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแล สิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลโดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้การแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจในสิ่งที่สอดคล้องกับการศึกษาของพาวดี เมฆวิชัย (2555) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสระดับการศึกษาดูต่ำกว่าปริญญาตรีความสัมพันธ์กับผลกระทบบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแลแตกต่างกันรายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขของผู้ดูแลในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่ออาการของผู้ดูแลและผู้ดูแลกับการศึกษาของวชิราพรพร เทพิน (2555) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ดูแลดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า จะระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแล ส่วนลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ถ้ามีสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุไม่ดี อันเนื่องมาจากต้องทำตามหน้าที่ที่ต้องดูแลหรือทำตามความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจจะทำให้การดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุดำเนินไปในทางที่ไม่ดี แต่ถ้าหากว่ามีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อนมีความผูกพันรักใคร่ มักเกิดความยินดีและเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือ การศึกษาของนิชภา โมราถบและคณะ (2555) พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์โดยส่วนใหญ่เป็นบุตรเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นบิดามารดาของตน

พบว่าปัจจัยชีวสังคมบางตัวแปรที่แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแล ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแล ไม่สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของโอเรม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเพศเป็นตัวกำหนดความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem, 1985) ในผู้ดูแลที่มีเพศแตกต่างกันจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

อายุและสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแล ปัจจัยนี้บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ ผู้ดูแลที่มีอายุและสถานภาพสมรสในวัย 21-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยของการมีครอบครัวมีความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพรพร เทพิน (2555)

ปัจจัยทางจิตจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแล ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.273, -.166, -.259$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1



ที่ตั้งไว้ กล่าวคือผลการวิจัยพบว่าความเครียดใน  
บทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น  
เนื่องจากการที่ผู้ดูแลสวมบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็น  
ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อบทบาทต่างๆว่าเป็น  
ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและสัมพันธ์กับ  
บทบาทหรือตำแหน่งที่คาดหวังเป็นความรู้สึกคับข้องใจ  
(Joos; Andrew; & Roy; 1985; 1991) ความเครียด  
ในบทบาทผู้ดูแลประกอบด้วย ความคลุมเครือใน  
บทบาท เพราะมีหลายบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ  
ซึ่งสอดคล้องกับอุษา วงษ์อนันต์และคณะ (2552) ได้  
ศึกษาอัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับ  
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุและ การศึกษาของวชิราพรพรณ  
เทพิน (2555) พบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียด ในบทบาท  
ผู้ดูแลสูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่า  
ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ และยัง  
สอดคล้องกับบอรองค์ กุลณรงค์ และคณะ (2555)  
พบว่าผู้ดูแลผู้ช่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองมีความ  
เครียด ในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และ  
สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพรพรณ เทพิน  
(2555) ในด้านของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุการนำ  
องค์ความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมักมีพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่นำองค์ความรู้มาใช้ในการ  
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยและผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจ  
ภายในตน-นอกตนด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ  
ผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน-  
นอกตนด้านสุขภาพต่ำ

ยังวิจัยทางสังคมพบว่า ปัจจัยการสนับสนุน  
ด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว  
และปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ  
ของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์  
ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ  
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ 0.05 ( $r = 0.125, 0.421$  ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไป  
ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ กล่าวคือพบว่าปัจจัย

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล  
จากครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแล  
สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์  
โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุ  
ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากร  
ทางการแพทย์ทั้งในเรื่องข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของหรือ  
ด้านจิตใจผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการทางการแพทย์  
และสาธารณสุขรวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้  
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและ  
สามารถเผชิญกับปัญหาหรือแฉก่อบกาดตันที่เกิดจาก  
ความเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพนเดอร์ (Pender,  
1987) การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านทางการแพทย์และ  
สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอุษา  
วงษ์อนันต์และสุภาวณีสนธิรัตน์ (2552) ได้ศึกษา  
อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของ  
ผู้สูงอายุผลการศึกษาวิจัยพบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์  
ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและการสนับสนุน  
ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

## 2. ความสามารถในการทำนายพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของ  
ปัจจัยชีวิตสังคม ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัว  
แปรทีละขั้นพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ  
23.2 ( $R^2 = 0.232$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
( $p < .001$ ) คือปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ  
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ปัจจัย  
ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพและ  
ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผลการศึกษา  
สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้เพียงบางส่วนแสดงให้เห็น  
ว่าปัจจัยทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแล  
สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ คือปัจจัย การสนับสนุน  
ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากร  
ทางการแพทย์โดยการได้รับการสนับสนุนด้านการดูแล



สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทาง การแพทย์เป็นปัจจัยแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ตามแนวคิดของ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, S., 1976) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้โดยเป็น แรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่มีคุณค่าและได้รับการยกย่องเป็นส่วน หนึ่งของเครือข่ายทางสังคมพบว่า ปัจจัยทางจิต สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ ผู้ดูแลได้ 2 ปัจจัยคือปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนเองด้านสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยทางจิตลำดับแรก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลได้ซึ่งความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเอง ด้านสุขภาพในลักษณะทางตรงข้ามตามแนวคิดของ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) อธิบายว่าผลตอบแทนอันหนึ่งได้มาจาก พฤติกรรมของบุคคลย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะ ได้ผลตอบแทน ผลการวิจัยนี้พบลักษณะทางตรงข้าม อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่คาดหวังเพื่อที่จะดูแล ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีโดยไม่คาดหวังสิ่งตอบแทนใด ๆ จากการดูแลและปัจจัยความเครียดเชิงแนวคิด บทบาท ผู้ดูแลประกอบด้วย ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และการมีบทบาทมากเกินไป ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุมี ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อบทบาทต่างๆ ว่าหลายบทบาท เกินไปเป็นองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังกล่าว

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ประสานงานและ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัด อำเภวารินชำราบ ทุกแห่งที่อำนวยความสะดวกใน การเก็บข้อมูลตลอดจนผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง





## เอกสารอ้างอิง

คมสัน แก้วระยยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี ปริญญาโท พย.ม.(พยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

ฉัตรกมลประจวบลาภ วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ นาริรัตน์ จิตรมนตรีและอัครวดี วิริยเวชกุล.

(2556).ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลความสามารถในการทำนายนการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรดพาร์กินสัน.วารสารพยาบาลทหารบก,15(3), 215-245.

นิชภา โมราถบ ชไมพร กาญจนกิจสกุล ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย วิพรรณ ประจวบเหม และสุพัตมพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์.(2555).บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเข้ลล์เซอร์.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,6(2),122-131.

พาวุฒิเมฆวิชัยและสุรินทร์แช่ตั้ง.(2556).ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556,58(1),101-119

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.(2558).ผลการลงนามร่วมมือ.(เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2558). เข้าถึงได้จาก <http://www.ubu.ac.th/new/index.php>

วชิราพรรณ เทพิน.(2555).ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาการ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2553)รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีปี 2553

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพมหานคร :สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

อุษาวงษ์อนันต์และสุภาณีสอนิรัตน์.(2552).อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์,9(2),40-46.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychological Medicine*, 38(5), 300-314.

Joos, I.M. Nelson, R., and Lynees, A. (1985). *Man Health and Nursing : Basic Concept And Theory*. USA: Reston Publishing.

Pander, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 edition. Carifornia: Appleton&Lunge.