

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักรับบาล จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Predicting the Caregiving Competence of Caregivers for Older Adults with Geriatric Syndromes in Ubon Ratchathani Province

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์^{1*}, ยมมนา ชนะนิล¹, ฉันทวรรณ วิชัยพล¹

Nattanun Kumpiriyapong^{1*}, Yommana Chanarin¹, Chanthawan Vichaipon¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี¹

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University¹

(Received: June 5, 2025; Revised: August 21, 2025; Accepted: December 15, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักรับบาล และปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักรับบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักรับบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 114 คน คัดเลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้นโยบาย แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.96 ปี (S.D. = 9.44) และมีระยะเวลาการเป็นนักรับบาลเฉลี่ย 4.55 ปี (S.D. = 3.00) โดยมีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักรับบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 135.43, S.D. = 7.04) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.61$) ทัศนคติ ($\beta = 0.32$) และระยะเวลาการเป็นนักรับบาล ($\beta = 0.18$) ร่วมกันทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุได้ร้อยละ 60.2 ($R^2 = 0.60$, $Adj R^2 = 0.59$, $F = 55.54$, $p\text{-value} < 0.01$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของนักรับบาลเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ, กลุ่มอาการสูงอายุ, นักรับบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ e-mail: nattanun.k@ubu.ac.th

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the level of caregiving competency among caregivers for elderly with geriatric syndromes and to identify the predictors of such competency. The sample consisted of 114 caregivers working in the long-term care system for elderly in Ubon Ratchathani Province, selected using a multi-stage sampling technique. The research instruments included a personal information questionnaire, a knowledge assessment on the care of elderly with geriatric syndromes, an attitude questionnaire, a policy perception questionnaire, an information access questionnaire, a social support questionnaire, and a caregiving competency assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The results revealed that the participants had an average age of 48.96 years (S.D. = 9.44) and an average caregiving experience of 4.55 years (S.D. = 3.00). The overall caregiving competency was found to be at a high level (Mean = 135.43, S.D. = 7.04). Stepwise multiple regression analysis showed that social support ($\beta = 0.61$), attitude ($\beta = 0.32$), and caregiving experience ($\beta = 0.18$) were significant predictors of caregiving competency, collectively accounting for 60.2% of the variance ($R^2 = 0.60$, Adj $R^2 = 0.59$, $F = 55.54$, $p\text{-value} < 0.01$). These findings can be applied to inform policy development and guide the enhancement of caregivers' capacity to improve the quality and effectiveness of care for elderly with geriatric syndromes.

Keywords: Caregiving Competency for Elderly, Geriatric Syndromes, Caregiver

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นท้าทายระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อระบบสุขภาพและสังคมประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยผลสำรวจในปี 2567 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 และจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 401,029 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 ของประชากรทั้งจังหวัด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยนี้ก่อให้เกิดความท้าทายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อนที่เรียกว่า “กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome)” ซึ่งภาวะนี้มักนำไปสู่ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่โดยภาพรวมของผู้สูงอายุ (Alhalaseh, Makahleh, Al-Saleem, Al-Omran, & Schoenmakers, 2024)

{2/16}

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) เป็นคำที่ใช้อธิบายภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดเข้ากับหมวดหมู่ของโรคใดโรคหนึ่งได้อย่างชัดเจน เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่มีปฏิสัมพันธ์กัน กลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย เช่น การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะโภชนาการ เป็นต้น (Wu, Yu, Li, Qiao, & Chen, 2024) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 90.5 ของผู้สูงอายุในชุมชนมีกลุ่มอาการสูงอายุอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มอาการ และร้อยละ 72.8 มีกลุ่มอาการสูงอายุหลายกลุ่มอาการ (Wang, Hu, Chen, Tang, & Hu, 2024) โดยกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 38.0 ปัญหาเรื่องการนอน ร้อยละ 26.4 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 12.0 ภาวะเบื่ออาหาร ร้อยละ 11.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมจะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ ร่วมด้วยตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป (จิตพิรสิริทิพากร และคณะ, 2562) กลุ่มอาการสูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว โดยผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนั้นมีแนวโน้มเกิดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิงสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Alhalaseh, Makahleh, Al-Saleem, Al-Omran, & Schoenmakers, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu, Yu, Li, Qiao, & Chen (2024) ที่พบว่ากลุ่มอาการอาการสูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กลุ่มอาการสูงอายุนั้นยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มภาระในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของครอบครัว ชุมชน และสังคม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

ในบริบทของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน นักบริบาล (Caregiver (CG)) เป็นกำลังสำคัญในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะพึ่งพิง นักบริบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน ฝึการระวัง และจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวของผู้สูงอายุ สมรรถนะของนักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งสมรรถนะที่ดีของนักบริบาลย่อมหมายถึง ความสามารถในการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (อรรรณพ สนธิไชย, ฅนอมศักดิ์ บุญสู่ และปณิตา ฅรองยุทธ, 2563) อย่างไรก็ตามสมรรถนะในการดูแลมิได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและองค์กร การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถนะในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม และลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง ปัจจัยที่

เสริมแรงและสนับสนุนให้บุคคลคงไว้หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ การให้รางวัล การยอมรับ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่อำนวยความสะดวกหรือเป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความพร้อมของทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวก นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร กรอบแนวคิดนี้มีจุดเด่นคือการมองปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างองค์รวม เน้นการค้นหาปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านสุขภาพ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562; Green & Kreuter, 2005) กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้สามารถอธิบายและวิเคราะห์สมรรถนะการดูแลของนักรักษาได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแล ได้แก่ ระดับความรู้ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากองค์กร (ชญาสุ คำโสม, สุณีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญมาลิก, 2562; นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ และวุฒิชัย ลำตวน, 2564; ผาณิต หลีเจริญ, วนิดา อารามรัมย์, จารุณี วาระหัส, ณัชชา สังขภิญญา และลักษณา หวดเพ็ชร, 2566) และนอกจากปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติแล้ว ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล ความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแล (พนัชกร มีสิทธิ์, 2566)

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะของนักรักษาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลในระบบสุขภาพระยะยาว เนื่องจากสมรรถนะของนักรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการออกแบบหลักสูตรการฝึกอบรม การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนทางสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ในบริบทของจังหวัดอุบลราชธานีที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว แต่ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักรักษาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุอย่างจำกัด การศึกษาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและทรัพยากรในประเทศ อันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

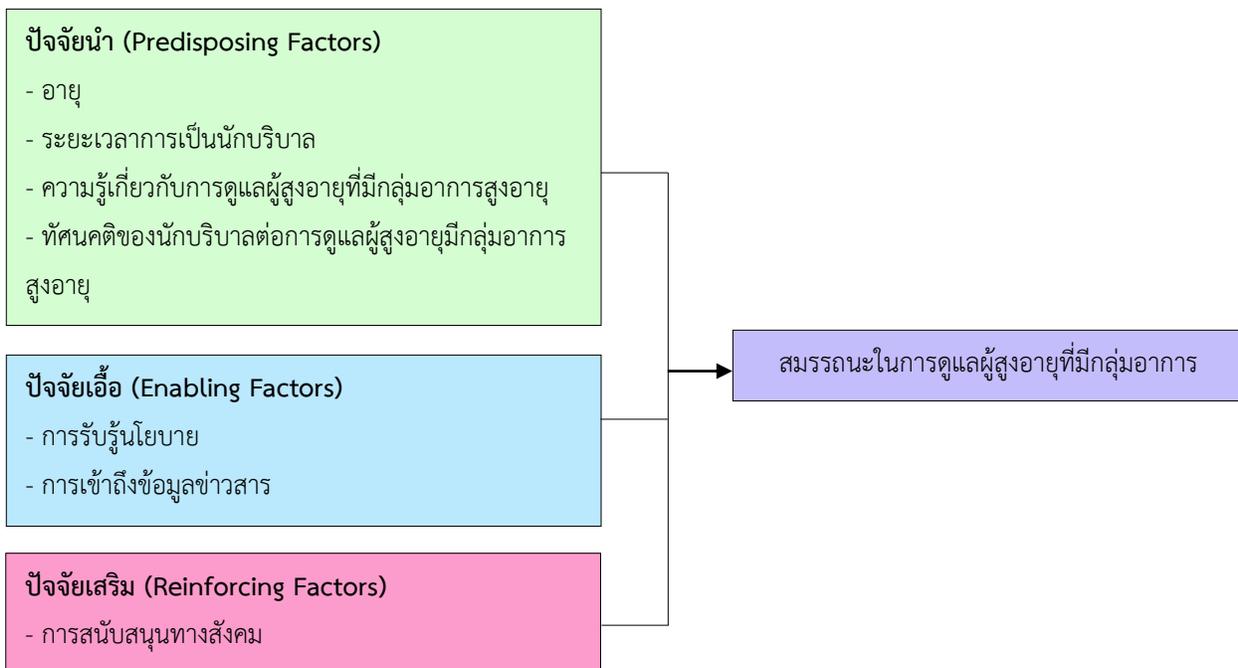
1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักรักษา ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักรักษา ในจังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบาย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ในจังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ได้คัดสรรปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ และทักษะของนักบริบาลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2568 ณ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักบริบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,773 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักบริบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร์ และญาดา นภาอารักษ์, 2562) โดยกำหนดพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ประกอบด้วย อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่แนะนำสำหรับสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Cohen, 1977 อ้างถึงใน นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร์ และญาดา นภาอารักษ์, 2562) และตัวแปรอิสระจำนวน 7 ตัวแปร จากการคำนวณพบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 103 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 114 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยขั้นตอนแรก สุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานีด้วยวิธีการจับฉลาก 1 อำเภอ คือ อำเภวารินชำราบ จากนั้นในขั้นตอนที่สอง สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภวารินชำราบ จำนวน 10 แห่งด้วยวิธีการจับฉลากเช่นเดียวกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. นักบริบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี
2. สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล การอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ โดยแบ่งเป็นความรู้ด้านการคัดกรอง จำนวน 10 ข้อ ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการ

สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเลือกตอบแบบ ถูก และผิด หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-13 คะแนน) ระดับปานกลาง (14-26 คะแนน) และระดับสูง (27-40 คะแนน)

3. แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ดัดแปลงจากแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครหมู่บ้าน (ผาณิต หลีเจริญ, วนิดา อารามมรย์, จารุณี วาระหัส, ณัชชา สังขภิญญา และลักษณะ หวัดเพชร, 2566) จำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งเป็นด้านการดูแล จำนวน 15 ข้อ ด้านการคัดกรอง จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน แปลผลระดับคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (25-58 คะแนน) ระดับปานกลาง (59-91 คะแนน) และระดับสูง (92-125 คะแนน)

4. แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับนักบริบาลในระบบการดูแลระยะยาว มีจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (6-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (14-22 คะแนน) ระดับสูง (23-30 คะแนน)

5. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนระบบการทำงานและการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับนักบริบาล ในระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (8-19 คะแนน) ระดับปานกลาง (20-30 คะแนน) และระดับสูง (31-40 คะแนน)

6. แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครหมู่บ้าน (ผาณิต หลีเจริญ, วนิดา อารามมรย์, จารุณี วาระหัส, ณัชชา สังขภิญญา และลักษณะ หวัดเพชร, 2566) จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (14-33 คะแนน) ระดับปานกลาง (34-52 คะแนน) และระดับสูง (53-70 คะแนน)

7. แบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ดัดแปลงจากแบบวัดสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (จันทร์ทวารวณ แก้วดุก, ปุณณพัฒน์ ไชยเมตต์ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2566) ที่สร้างจากสมรรถนะของนักบริบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะหลัก องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการจัดการ องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะหน้าที่ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับการปฏิบัติมากที่สุด ระดับการปฏิบัติมาก ระดับการปฏิบัติปานกลาง ระดับการปฏิบัติน้อย ระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน แปลผลระดับคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล เป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ ระดับต่ำ (30-70 คะแนน) ระดับปานกลาง (71-110 คะแนน) และระดับมาก (111-150 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยพบว่า

1. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่า KR20 (Kuder-Richardson reliability) เท่ากับ 0.77

2. แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74

3. แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74

4. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

5. แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

6. แบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลกับนักบริบาล
2. จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบนักบริบาล ครั้งละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิทธิที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาในขณะที่เก็บข้อมูลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจก่อนให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ทศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล โดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression with the Stepwise Method) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า Histogram และ Normal P-P Plot ของ Regression Standardized Residual ข้อมูลมีการแจกแจงที่เป็นไปตามลักษณะของการแจกแจงปกติ ไม่มีปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระ (Variance Inflation Factor < 5, Tolerance > 0.1) และ Durbin-Watson เท่ากับ 1.715 บ่งชี้ว่าไม่มีปัญหา Autocorrelation จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น สรุปได้ว่าข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานพื้นฐานของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-82/2568 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2568 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อ กลุ่มตัวอย่างหรือต่อปฏิบัติหน้าที่ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะนำเสนอในภาพรวม และถือเป็นการลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (Mean = 48.96, S.D. = 9.44) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.60) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 49) รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 28.9) กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 4 มีระยะเวลา การเป็นนักบริบาล 1 ปี (ร้อยละ 23.7) (Mean = 4.55, S.D. = 3.00) และกลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านการอบรม ในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100)

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ของนักบริบาล

พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 28.97, S.D. = 3.19) ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 110.03, S.D. = 12.58) มีค่าระดับคะแนนอยู่ใน ระดับสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 27.11, S.D. = 3.65) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 35.26, S.D. = 4.26) มีค่าระดับ คะแนนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการ สูงอายุ (Mean = 61.45, S.D. = 7.04) มีค่าระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง และ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มี กลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล (Mean = 135.43, S.D. = 7.04) มีค่าระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (n=114)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล	135.43	14.60	สูง
ปัจจัยนำ			
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	28.97	3.19	สูง

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ปัจจัยเอื้อ	110.03	12.58	สูง
การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	27.11	3.65	สูง
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ปัจจัยเสริม	35.26	4.26	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	61.45	7.04	สูง

3. ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริหาร ในจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (X_1) ($\beta = 0.61$), ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (X_2) ($\beta = 0.32$) และระยะเวลาการเป็นนักบริหาร (X_3) ($\beta = 0.18$) ร่วมกันทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริหาร ได้ร้อยละ 60.2 ($R^2 = 0.60$, $Adj R^2 = 0.59$, $F = 55.54$) โดยสามารถเขียนสมการถดถอยเชิงเส้นที่ได้จากการวิเคราะห์ คือ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริหาร = $12.22 + 1.27(X_1) + 0.37(X_2) + 0.89(X_3)$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริหาร ในจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	B	SE _B	β	t
ค่าคงที่	12.22	-	-	-
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการ สูงอายุ	1.27	0.14	0.61	8.90
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	0.37	0.08	0.32	4.49
ระยะเวลาการเป็นนักบริหาร	0.89	0.32	0.18	2.83
$R^2 = 0.60$ $Adj R^2 = 0.59$ $F = 55.54$				

*p-value < 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริหาร

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักบริหารในจังหวัดอุบลราชธานีมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนอยู่ในระดับสูง (Mean = 135.43, S.D. = 14.60) สอดคล้องกับ การศึกษาของ จันทราวรรณ แก้วดุก, บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช (2566) ที่พบว่าสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน

ระดับสูง (Mean = 4.26, S.D. = 0.46) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของนักบริหารในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนทางสุขภาพ และความสำเร็จของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในด้านการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลล้วนอยู่ในระดับสูงทั้งสิ้น เช่น ความรู้ (Mean = 28.97, S.D. = 3.19) และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 110.03, S.D. = 12.58) อยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและมุมมองในเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุขศิริ ประสมสุข, อนุกร นิลเนตร และ เกรียงไกร เกิดหนู (2563) ที่พบว่าความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดเพชรบุรีอยู่ในระดับสูง และผลการศึกษาพบว่าหลังจากผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ มีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ไกรสร จุลโยธา, 2565) คะแนนสมรรถนะโดยรวมที่สูงนี้สะท้อนถึงความสำเร็จของนโยบายและระบบบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของไทยในช่วงที่ผ่านมา ตลอดจนโครงสร้างระบบอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 27.11, S.D. = 3.65) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 35.26, S.D. = 4.26) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 61.45, S.D. = 7.04) ล้วนมีคะแนนอยู่ในระดับสูงทั้งสิ้น

2. ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริหาร

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริหาร ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.61$) ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ($\beta = 0.32$) และระยะเวลาการเป็นนักบริหาร ($\beta = 0.18$) ปัจจัยทั้งสามนี้ร่วมกันสามารถทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 60.20 ($R^2 = 0.60$, $\text{Adj } R^2 = 0.59$, $F = 55.54$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านสังคม จิตใจ และประสบการณ์ ล้วนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะของนักบริหาร จากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = 0.61$) ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Green & Kreuter, 2005) ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ นักบริหารต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนและท้าทาย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพสหวิชาชีพ และชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนที่เข้มแข็งจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้บริหารสามารถจัดการกับความซับซ้อนของการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิต หลีเจริญ, วนิดา อารามมรย์, จารุณี วาระหัส, ณัชชา สังขวิญญู และลักษณา หวัดเพ็ชร (2566) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.24$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ($\beta = 0.32$) เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลสำคัญอันดับสองต่อสมรรถนะการดูแล โดยเป็นปัจจัยนำ ซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมดูแล ที่กำหนดทิศทางและคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ (Green & Kreuter, 2005) โดยผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงบวกจะแสดงความรับผิดชอบและความมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง (Chen, et al., 2024) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุขศิริ ประสมสุข, ณัฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู (2563) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45$, $p\text{-value} < 0.001$)

ระยะเวลาการเป็นนักบริหาร ($\beta = 0.18$) เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ โดยสะท้อนบทบาทของการสั่งสม ประสบการณ์ภาคสนาม ในการยกระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ ผ่านกลไกการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของ Kolb (Kolb, 1970 อ้างถึงใน Xu, Lu, Yu, & Ding, 2025) ที่เน้นว่าบุคคลจะเรียนรู้และพัฒนาทักษะผ่านกระบวนการที่ประกอบด้วย การสั่งสม ประสบการณ์จริง การสังเกตและสะท้อนความคิด และนำไปทดลองใช้งานจริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พงษ์กร มีสิทธิ (2566) ที่พบว่าประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ

ในขณะที่ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริหาร ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การรับรู้นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่ซับซ้อน สำหรับตัวแปรอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (Mean = 48.96, S.D. = 9.44) การกระจายของอายุในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกัน อาจก่อให้เกิด “การจำกัดช่วงค่า” จึงทำให้ความสัมพันธ์กับสมรรถนะถูกลดทอนลงในเชิงสถิติ (Range Restriction Attenuates Correlations) (Carretta & Ree, 2022) ขณะเดียวกันความรู้เชิงทฤษฎีแม้สำคัญ แต่อาจไม่ใช่ปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักที่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนผ่านสู่ผลการปฏิบัติ เนื่องจากสมรรถนะการดูแลเป็นทักษะที่ต้องอาศัยประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติจริงมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb (Kolb, 1970 อ้างถึงใน Xu, Lu, Yu, & Ding, 2025) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว ทำให้ระดับความรู้พื้นฐานใกล้เคียงกัน การรับรู้นโยบายและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติงาน หากขาดการสนับสนุนจากองค์กรและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและมีหลากหลายมิติของปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักบริหารโดยเน้นการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทัศนคติที่เหมาะสม และการสะสมประสบการณ์การทำงาน เพื่อยกระดับคุณภาพ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้โมเดลจะสามารถอธิบายสมรรถนะการดูแลได้ถึงร้อยละ 60.2 แต่ยังมีปัจจัยอีกประมาณร้อยละ 39.8 ที่ยังไม่ถูกรวมไว้ในการวิเคราะห์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญอื่น เช่น ภาวะสุขภาพจิตของนักบริหาร ภาระงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่รอบด้านยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะนักบริหาร ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม โดยเน้นพัฒนาเครือข่ายทางสังคม ทักษะคนดี และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะการสร้างระบบพี่เลี้ยงในกลุ่มนักบริหารที่มีประสบการณ์สูง เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้เข้าร่วมใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อสมรรถนะ เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) ปัจจัยด้านสุขภาวะทางจิต หรือภาระงาน
2. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เช่น เขตเมืองหรือพื้นที่ห่างไกล เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสนับสนุนการทำงานของนักบริหาร
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริหาร โดยเน้นการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ และระบบการสนับสนุนการทำงานทางสังคมของนักบริหาร

เอกสารอ้างอิง

- ไกรสร จุลโยธา. (2565). ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย). *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(3), 172-182.
- จันทร์วารรณ แก้วดุก, ปุณญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้*, 10(3), e258719.
- นายสุ คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 12(2), 193-207.

- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาาชาดไทย*, 12(1), 38-48.
- นิพนันท์ สุวรรณภูมิ, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ์ และวุฒิชัย ลำดวน. (2564). ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 23(2), 18-26.
- นิพัฏฐพันธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารสถาบันเทคโนโลยีสุวรรณภูมิ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 5(1), 496-507.
- ปิติพร สิริทิพากร และคณะ. (2562). ความซุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 20-29.
- ผาณิต หลีเจริญ, ยุวนิดา อารามรมย์, จารุณี วาระหัส, ณัชชา สังขภิญโญ และลักษณา หวัดเพ็ชร. (2566). ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 13(2), 115-130.
- พงษ์กร มีสิทธิ์. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*, 2(1), 1-14.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2558). *แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)*. นนทบุรี: บริษัท อีส ออทีส จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด [The 2024 survey of the older persons in Thailand Provincial Level]*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สุขศิริ ประสมสุข, ญฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู. (2563). การศึกษาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสุขภาพวิทยาศาสตร์*, 2(31), 1-12.
- อรณพ สนธิไชย, ถนอมศักดิ์ บุญสู่ และปณิตา ครองยุทธ. (2563). สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริหารผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 37-48.

- Alhalaseh, L., Makahleh, H., Al-Saleem, B., Al-Omran, F., & Schoenmakers, B. (2024). Functional status in relation to common geriatric syndromes and sociodemographic variables - A step forward towards healthy aging. *Clinical Interventions in Aging, 19*, 901-910. <https://doi.org/10.2147/CIA.S462347>
- Carretta, T. R. & Ree, M. J. (2022). Correction for range restriction: Lessons from 20 research scenarios. *Military Psychology, 34*(5), 551-569. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.2022067>
- Chen, Z., et al. (2024). Knowledge, attitudes, and practices of family caregivers for patients with cerebral infarction toward home-based care. *Frontiers in Public Health, 12*, Article 1436423. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1436423>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw Hill.
- Wang, L. Y., Hu, Z. Y., Chen, H. X., Tang, M. L., & Hu, X. Y. (2024). Multiple geriatric syndromes in community-dwelling older adults in China. *Scientific Reports, 14*(1), 3504. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54254-y>
- Wu, D., Yu, X., Li, F., Qiao, W., & Chen, X. (2024). Geriatric syndrome awareness and its determinants in China: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics, 24*, 712. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05291-9>
- Xu, Y., Lu, J., Yu, X., & Ding, H. (2025). Impact of Kolb's experiential learning theory-based nursing on caregiver burden and psychological state of caregivers of dementia patients. *Open Medicine (Warsaw, Poland), 20*(1), 20251157. <https://doi.org/10.1515/med-2025-1157>