



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2544

ISBN 974-665-605-8

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ของประเทศไทย

พจนานาม. กุศลวิมลกุล

นางศรีรัตน์ กวินปณิธาน
ผู้วิจัย

..... กุศลวิมลกุล

รองศาสตราจารย์จรรยา เสียงเสนาะ
วท.บ., M.P.H. (Social Medicine)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... กุศลวิมลกุล

รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิมลกุล
ศศ.บ., วท.ม. (ชีวสถิติ)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์เลียงชัย ถัมถ้อยวงศ์ Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์สมพร เจริญชัยศรี
วท.ม.(ชีวสถิติ), ประ.ด.(ประสาทวิทยาศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ของประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2544

นางสาว กอณพดา

นางศรีรัตน์ กวินปนิธาน
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์จรรยา เสี่ยงเสนาะ

วท.บ., M.P.H. (Social Medicine)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุริย์ จันทร์โมลี

วท.บ. (สุขศึกษา), M.P.H. (H.Ed.), ศ.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์เลียงชัย ล้อมล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิเศษกุล

ศศ.บ., วท.ม. (ชีวสถิติ)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์กานดา วัฒนภาส

ว.บ., M.Sc.in Hygiene (P.H.Microbiology)
คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ เป็นเพราะความเมตตากรุณา และความอนุเคราะห์ อย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์จรรยา เสียงเสนาะ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา ให้คำแนะนำปรึกษา และให้ข้อคิดเห็น อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมทั้ง กรุณาตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนคอยสนับสนุนให้กำลังใจโดยตลอด ผู้วิจัยขอ กราบขอบ พระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จันทร์เพ็ญ การิเวท อาจารย์อารียา สัพพะเลข อาจารย์กรรณิการ์ หาญสูงเนิน และอาจารย์ ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานนท์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถามในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ความอนุเคราะห์แก่ศิษย์ด้วยดีตลอดระยะเวลาการศึกษา ท้าย นี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา รวมทั้งคุณประคิษฐ์ กวินปณิธาน สามิ ที่เป็นกำลังใจ ด้วยดีตลอดที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้าน จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่ บุญพากรี คณาจารย์ ผู้มีอุปการ คุณ และทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

ศรียัตน์ กวินปณิธาน

2544

4036578 PHPH/M : สาขาวิชาเอก : พยาบาลสาธารณสุข ; วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร)

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์/ปัจจัยคัดสรร / การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ศรีรัตน์ กวินปณิธาน : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND THE HEALTH CARE ACTIVITIES FOR THE ELDERLY IN COMMUNITIES OF THE CHIEFS HEALTH PROMOTION SECTION AT COMMUNITY HOSPITALS IN NORTHEAST REGION OF THAILAND.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : จรรยา เสี่ยงเสนาะ วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข), M.P.H. (Social Medicine), วิไล กุศลวิเศษกุล ศศ.บ. (สถิติ), (เกียรตินิยมดีมาก) ,วท.ม. (ชีวสถิติ) 166 หน้า . ISBN974-665-8

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 163 คน การเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยได้แก่สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พร้อมทั้งใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเป็นตัวทำนาย

ผลการวิจัยพบว่าระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.0) อยู่ในระดับสูง นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุและ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุอยู่ในระดับระดับปานกลางและต่ำ (ร้อยละ 49.7 และ 46.0ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุและ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.2439, p\text{-value}=0.002, r=0.25119, p\text{-value}<0.001, r=0.4571, p\text{-value}<0.001, r=0.5527, p\text{-value}<0.001$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่สามารถทำนายความแปรปรวนของระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ และการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยสามารถร่วมกันทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ร้อยละ 35.09

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนทางด้านนโยบายให้เป็นรูปธรรม สนับสนุนงบประมาณและพัฒนาความรู้โดยการจัดประชุมวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระตุ้นให้มีการพัฒนางานโดยนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาในขั้นตอนการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

4036578 PHPH/M : MAJOR : PUBLIC HEALTH NURSING; M.Sc. (PUBLIC HEALTH)

KEY WORDS : SELECTED FACTORS / HEALTH CARE ACTIVITIES FOR THE ELDERLY

SRIRUT KAWINPANITHAN : THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND THE HEALTH CARE ACTIVITIES FOR THE ELDERLY IN COMMUNITIES OF THE CHIEFS OF HEALTH PROMOTION SECTION OF COMMUNITY HOSPITALS IN NORTHEAST REGION OF THAILAND. THESIS ADVISORS : CHANYA SIENGSAANOR , B. Sc., M.P.H. (Social Medicine), WILAI KUSOLVISITKUL, B.A., M. Sc. 166 P. ISBN 974-665-8

This study was survey research and its objectives were to study the relationship between predisposing, enabling and reinforcing factors, and the health care activities for the elderly in the communities, of the chiefs of health promotion section of community hospitals in the northeastern region of Thailand. The sample group consisted of one hundred and sixty three chiefs of health promotion who were working in community hospitals. They were randomly selected by simple random sampling. Data were collected in the form of a self administered questionnaire. SPSS/WIN was used for the data analysis. Along with mean, percentage, range, standard deviation, Pearson 's product moment correlation and stepwise multiple regression analysis .

The results of the study showed that 62.0 percent of the chiefs of health promotion had a high level of the health care activities for the elderly in communities, but policies of the elderly and supportive behaviors of directors, coworkers, families of elderly were found a low level in 49.7% and 46.0% of the chiefs respectively. Pearson 's product moment correlation coefficient was applied and the results revealed that the most important factors, which were statistically and significantly related to the health care activities for the elderly in communities, were the attitude toward elderly, the role perception of the health care activities for the elderly in communities, policy of the elderly and supportive behavior of directors, coworker, families of elderly($r=0.2439, p\text{-value}=0.002$, $r=0.25119, p\text{-value}<0.00$, $r=0.4571, p\text{-value}<0.001$, $r=0.5527, p\text{-value}<0.001$,respectively). About 35.09 percent of the variance of the health care activities for the elderly in communities could be significantly predicted by the chiefs of health promotions of supportive behaviors of directors, coworkers, family of elderly and the role perception of the health care activities for the elderly.

The results of this study suggested that the board of directors, and the chief of directors, should emphasize the importance of policy of elderly resources and should develop knowledge to ward chiefs of the health promotion section. All these factors should be taken into account in the process of planing a program for the health care activities for the elderly in communities.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ และรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ข้อจำกัดในการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	7
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	12
PRECEDE FRAMEWORK	22
แนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
รูปแบบการวิจัย	45
ประชากรและตัวอย่างที่ศึกษา	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	56
ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม	61
ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	65
ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ	66
และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุใน	
ชุมชน	
ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรที่มี	68
อิทธิพลในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพ	
ผู้สูงอายุในชุมชน	
ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	71
ในชุมชน	
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	72
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	80
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	85
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	86
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก ก	
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	94
ภาคผนวก ข	
สถิติที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบสมการถดถอยพหุ	96
ภาคผนวก ค	
จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนก	103
ตามรายชื่อของแบบสอบถาม	
ภาคผนวก ง	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	123
ประวัติผู้วิจัย	147
Executive summary	148

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	56
2	จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามการปฏิบัติงาน	60
3	จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยนำ	61
4	จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยเอื้อ	63
5	จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยเสริม	64
6	จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจำแนกตาม ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	65
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน	66
8	สรุปการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการเลือก ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	68
9	จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	71

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางผนวกที่	หน้า
1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา	102
2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของเจตคติต่อผู้สูงอายุ	104
3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตาม รายชื่อของความคิดเห็นของการรับรู้บทบาทในการบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	106
4 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตาม รายชื่อของความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ	112
5 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตาม รายชื่อของความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการ บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ	113
6 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตาม รายชื่อของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	117
7 จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	122

สารบัญแผนภูมิและรูปภาพ

แผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 PRECEDE Framework	25
แผนภูมิที่ 2 ลำดับขั้นตอนของสามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม	27
แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	44



สารบัญแผนภูมิและรูปภาพ(ต่อ)

รูปภาพ

รูปที่ 1	Normal Probability (p-p) Plot ของค่า Standardized Residuals สมการรูปแบบจำลองการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	100
รูปที่ 2	Histogram Standardized Residual สมการรูปแบบจำลอง การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้า ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน	101

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลของชาติที่มีคุณค่า เป็นบุคคลที่มีทั้งความรู้ ความสามารถ พลังความคิดและประสบการณ์ในชีวิต ที่นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมและประเทศได้อีกมาก ผู้สูงอายุตามคำจำกัดความขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก หมายถึง บุคคลที่มีอายุสูงกว่า 60 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาถึงลักษณะโครงสร้างของประชากรโลกและของประเทศไทย พบว่าประชากรวัยสูงอายุมิแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 ในปี 2532 เป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2568 ด้วยเหตุนี้กลุ่มผู้สูงวัยจึงจัดว่าเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของโลก ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในเอเชีย ที่มีอัตราการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุตามความคาดหมายขององค์การสหประชาชาติ พบว่าในปี 2523, 2533 และ 2542 มีประชากรผู้สูงอายุเป็น 2.4, 3.9 และ 5.1 ล้านคนตามลำดับ หรือประมาณร้อยละ 5.5, 7.3 และ 8.3 ของประชากรทั้งประเทศ และยังคาดว่าจะในอีก 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 6 - 7 ล้านคน และอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรเพศชาย 69.5 ปี เพศหญิง 74.9 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542 : 1)

การเปลี่ยนแปลงจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม ทำให้มีผลกระทบต่องานสังคม วัฒนธรรมประเพณี โดยเริ่มตั้งแต่ในระบบครอบครัว ซึ่งแต่เดิมครอบครัวสามารถให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เมื่อระบบครอบครัวเปลี่ยนไป มีการเคลื่อนย้ายของบุคคลในครอบครัวเข้าสู่ระบบแรงงานมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล จึงก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ อีกหลายด้านตามมา โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ชุมชน ตลอดจนระบบสังคมและเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอีกด้วย (จินตนา รมฤทธิชัยและคณะ, 2541: 21) ปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคคอเลสเตอรอลสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะซึมเศร้า

และการปลัดตกหลัก เป็นต้นซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงควรพิจารณาว่าการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดโครงการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อเสริมสร้างชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุเพียงพอเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและในอนาคตแล้วหรือยัง (สุชาติ นิยมานนิตย์ ,2540 :395)

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) ได้มีการฟื้นฟูการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาบริการพยาบาลในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ได้จัดทำและพัฒนาหลักสูตรการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขึ้น เพื่อพัฒนาสมรรถภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตด้วยการมีสุขภาพกาย จิตและสังคมสมบูรณ์ตามวัย และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในบั้นปลายของชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า ได้จัดทำ “คู่มือดำเนินงานหลักสูตรการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน” ขึ้น และอบรมเจ้าหน้าที่ผู้มีความเกี่ยวข้องกับชุมชนคือฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้จัดอบรมผู้สูงอายุและดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไป (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง, 2537 : 2) จากแนวทางในการดำเนินงานตามนโยบายนี้ ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น โดยพยายามที่จะพัฒนางานชมรมผู้สูงอายุในชุมชนให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจากการสัมภาษณ์เชิงเจาะลึกผู้ปฏิบัติงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาพบว่า จากการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมายังไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่องเนื่องจากมีปัญหาทางด้านเจ้าหน้าที่เองไม่ได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดงบประมาณ ไม่มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ รวมทั้งปัญหาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุได้ เนื่องจากมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ไม่มีคนพามาเข้าร่วมกิจกรรม และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดและกระบวนการพัฒนาใหม่ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางหรือจุดหมายหลักของการพัฒนา โดยให้มีการพัฒนาในลักษณะองค์รวมมีกระบวนการพัฒนาที่เป็นบูรณาการ เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา และครอบคลุมทุกมิติเพื่อไปสู่วิสัยทัศน์การพัฒนาในอนาคต คือ “เศรษฐกิจดี สังคมไม่มีปัญหา การพัฒนายั่งยืน” แผนงานหลักประการหนึ่งคือแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยแผนงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุต่าง ๆ เป็นแผนงานรองรับงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงจัดไว้ในแผนและนโยบายอย่างชัด

เจน(คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข, 2540:129)

โดยที่กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบพัฒนาบริการพยาบาลในชุมชน จึงได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น ซึ่งมีสาระครอบคลุมเกี่ยวกับการค้นหา ตรวจวินิจฉัย คัดกรอง การเฝ้าระวัง และการสนับสนุนบุคคลในครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมขึ้น (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2540 : 52) สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ในเขตกรุงเทพมหานครคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์สาขา ส่วนในภูมิภาคระดับจังหวัด ได้แก่ ฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป และในระดับอำเภอ คือ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน (สมุณฯ สิทธิพงศ์กุล และคณะ, 2542 : 39) ส่วนขอบเขตของลักษณะงานจะครอบคลุมโดยเน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ คือ เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่ารักษา และฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญมากในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานควรได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องและครอบคลุมปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจะต้องมีความเข้าใจต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีความสามารถในการจัดกิจกรรม มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่อการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เข้าใจในหลักมนุษยสัมพันธ์และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี (จรัสวรรณ เทียนประภาสและคณะ, 2536 : 528)

ในการปฏิบัติงานใด ๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้นเกิดจากอิทธิพลปัจจัยหลาย ๆ ประการร่วมกัน ที่สำคัญก็คือปัจจัยจากตัวผู้ปฏิบัติงานเองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ดังที่ พอร์เตอร์และโลว์เลอร์ (Porter and Lowler, 1975 : 145) ได้กล่าวว่าถ้าหากการรับรู้บทบาทของบุคคลไม่ถูกต้องแล้ว ผลของการปฏิบัติจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าความสามารถจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม ซึ่งจากการศึกษาของ นพพร การถัก (2535 : 94) และวิราภรณ์ ระคาวิริยะกุล (2537 : 53 พบว่าเจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุ จากการศึกษาของสาคร ใจพยอม (2531 : 97) ศึกษาพบว่าประสมการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบันและอดีตของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติงาน มีปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานอีกหลายประการ ดังเช่น ขนาดของโรงพยาบาล มีผลต่อการปฏิบัติงาน หรือ

ความสำเร็จขององค์กร เพราะขนาดของโรงพยาบาลเป็นตัวกำหนดขอบเขต หรือปริมาณงาน ในความรับผิดชอบ โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่จะมีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก และ ทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานมีความพร้อมมากกว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก (Kirk, 1981 : 172) จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยงาน ทั้งนี้เพราะการขาดแคลนเจ้าหน้าที่จะทำให้ ประสิทธิภาพของงานลดลง (ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู, 2534 : 65) นอกจากนี้ยังพบว่า นโยบาย ของสถาบันนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดรูปแบบต่าง ๆ ของหน่วยงานเพื่อยึดถือเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนของหน่วยงานและพฤติกรรมเสริมแรงของบุคคล ที่เกี่ยวข้องก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน (ดวงตา นิ่มศรีทอง, 2540 : 68)

จากข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดนครราชสีมา และผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจ ที่จะศึกษาว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE Model ของ กรีนและคณะ (Green, et al. 1980) ในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแนวคิดการรับรู้ บทบาทมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัย เสริม ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กล่าวคือ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เจตคติต่อผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการทำงาน และการรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรในฝ่าย นโยบายการ ดำเนินงานผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริมประกอบด้วยพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อนร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาใน ลักษณะนี้ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้ บริการ รวมทั้งเป็นแนวทางให้ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ข้อบกพร่อง และปรับปรุงการปฏิบัติงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ปัญหาในการวิจัย

1. ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือไม่อย่างไร
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลสามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้เพียงใด
4. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติต่อผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพในการทำงานและการรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรในฝ่ายและนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมสนับสนุนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
5. เพื่อศึกษาตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เป็นตัวทำนาย
6. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ

หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

1.1 เจตคติต่อผู้สูงอายุของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 ประสบการณ์ในการทำงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1.3 การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2. ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

2.1 ขนาดของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2.3 นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

3. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

3.1 พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จะมีความแตกต่างกันบ้างในลักษณะของโครงการย่อยต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากนโยบายของหน่วยงานระดับสูง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีได้ทำการศึกษาในรายละเอียดปลีกย่อย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการดำเนินงานร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพจากบุคลากรอื่น เลือกศึกษาเฉพาะหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2541 - 30 กันยายน 2542

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่

- 1.1 เจตคติต่อผู้สูงอายุของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
- 1.2 ประสบการณ์ในการทำงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
- 1.3 การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่

- 2.1 ขนาดของโรงพยาบาล
- 2.2 จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3 นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) คือพฤติกรรมสนับสนุนการบริการ

สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงาน และครอบครัวของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อตกลงเบื้องต้น

แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข 2540 ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน โดยอาศัยเกณฑ์ต่าง ๆ ในมาตรฐานเป็นหลัก ดังนั้นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ถือว่าครอบคลุมงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติอยู่จริง

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชน คือ โรงพยาบาลระดับอำเภออยู่ในความรับผิดชอบของกองสาธารณสุขภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสถานบริการที่มีเตียงรับรักษาผู้ป่วย 10-120 เตียง

2. หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือมอบหมายให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด

3. การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การบริการสุขภาพ หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพ (กันยา กาญจนบุรานนท์, 2538 : 214) ในการวิจัยครั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง ผลการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ตามเกณฑ์มาตรฐาน เชิงกระบวนการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2540 ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งครอบคลุม การค้นหา ตรวจ วินิจฉัย คัดกรอง เฝ้าระวัง ให้การพยาบาลผู้สูงอายุในระยะปกติ และผิดปกติ สนับสนุนบุคคลในครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข , 2540 : 52 - 53)

4. ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ปัจจัยที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

4.1 ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งจะมีผลในการสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรม ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการรับรู้ ตลอดจนปัจจัยด้านประชากร เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อายุ เพศ และประสบการณ์ในการทำงาน (Green and Kreuter, 1991 : 151 - 154) ในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยนำ ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษามี 3 ปัจจัย คือ เจตคติต่อผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน และการรับรู้บทบาทการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

4.1.1 เจตคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่จะเป็นแรงกำหนดทิศทางปฏิกิริยาของบุคคล ที่มีต่อบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (ถวิล ธาราโกชน, 2532 : 45) ในการวิจัยครั้งนี้ เจตคติต่อผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความพร้อมที่จะแสดงออกของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ต่อผู้สูงอายุ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการดำเนินงานและผลกระทบของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

4.1.2 ประสบการณ์ในการทำงาน หมายถึง การได้ผ่านพบพฤติกรรมหรือสิ่งต่าง ๆ มาแล้ว (เปลื้อง ณ นคร, 2525 : 39) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ประสบการณ์ในการทำงาน หมายถึง ระยะเวลาเป็นปีเต็มในการปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

4.1.3 การรับรู้บทบาท หมายถึง การแสดงออกของบทบาทหน้าที่ที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน หรือตามความต้องการของตนเองว่าควรมีบทบาทเป็นอย่างไรตามวิถีทางของตนเอง ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้ (Allport, 1964 : 187) ในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

- การรับรู้บทบาทด้านบริหาร ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการบริหารงานที่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจะต้องรับรู้ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การควบคุมกำกับงาน การนิเทศงานและการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

- การรับรู้บทบาทด้านบริการ ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการบริการ ที่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจะต้องรับรู้ได้แก่ การตรวจ ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง

รวมทั้งสนับสนุนบุคคลในครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้อง

- การรับรู้บทบาทด้านวิชาการ ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ในด้านวิชาการที่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจะต้องรับรู้ได้แก่ การฝึกอบรม การเป็นวิทยากร การศึกษาวิจัยต่างๆ

4.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่อำนวยความสะดวกให้เกิดพฤติกรรมสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ เป็นไปได้ หรือเกิดขึ้นได้ประกอบด้วย ทรัพยากรที่สามารถหามาได้ สามารถใช้ได้ และศักยภาพในการประสานงาน (Green and Kreuter, 1991 : 161) ในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยเอื้อ ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษามี 3 ปัจจัย คือ ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ

4.2.1 ขนาดของโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนเตียงของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

4.2.2 จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง จำนวนของบุคลากรของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติงานจริง ๆ ในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

4.2.3 นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ หมายถึง แนวทางในการดำเนินงานการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรมีสาระครอบคลุมโครงสร้างของงาน เป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานและการประเมินผล

4.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุน เกี่ยวกับความร่วมมือ ความเข้าใจ ยอมรับ ช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และมีอิทธิพลต่อการบริการสุขภาพหรือไม่เพียงใด (Green and Kreuter, 1991 : 165) ซึ่งแหล่งการเสริมแรงจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และชนิดของโครงการนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยเสริม คือ พฤติกรรมการสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

- การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ประกาศนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน จัดให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรม สนับสนุนการศึกษาวิจัยต่างๆ

- การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร ฯลฯ ได้แก่ การได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน วัสดุ

อุปกรณ์ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำและข้อคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

- การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุตร หลาน ญาติพี่น้อง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ การให้การเคารพยกย่องให้เกิดริ้วผู้สูงอายุ



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. PRECEDE FRAMEWORK
3. แนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้วิจัยจะนำเสนอสาระที่สำคัญของการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับงานในความรับผิดชอบของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนดังต่อไปนี้

การบริการสุขภาพ คือการจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพ และเป็นการยกระดับสุขภาพชนในชาติให้อยู่บนรากฐานของสุขภาพที่ดี ก็จะต้องมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจปราศจากความพิการ โดยที่รัฐพยายามจัดการบริการสุขภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากร ทั้งในเมือง ในชนบท รวมทั้งประชากรที่มีฐานะดีและยากจน ตลอดจนแนวทางให้ประชาชนได้รู้จักบริการตนเอง ครอบครัวและชุมชนในเรื่องของสุขภาพ (กันยา กาญจนนุรานนท์, 2538 : 61)

1.1 การพยาบาลผู้สูงอายุ (จารุวรรณ เหมะธรและจรรยา เสียงเสนาะ, 2541 : 89-92)

คณะกรรมการวางมาตรฐานการพยาบาลสมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurses' Association) ได้ระบุความหมายของการพยาบาลผู้สูงอายุไว้ดังนี้ การพยาบาลผู้สูงอายุคือ “การประมาณค่าความต้องการของการพยาบาลคนมีอายุ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลที่สนอง

ต่อความต้องการของผู้ป่วย การประเมินประสิทธิภาพของสัมฤทธิ์ผลของการดูแลแต่ละอย่าง และ รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติในขณะที่มีข้อจำกัดเกิดขึ้น ตามกระบวนการของควมมีอายุ”

ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนจะต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล มิใช่เพียงแต่การดำเนินการตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เท่านั้น แต่จะรวมทั้งการใช้กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวผู้สูงอายุ การประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบกับผู้สูงอายุ การใช้องค์การของชุมชนให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการนำความรู้ ทฤษฎีผู้สูงอายุ และทฤษฎีการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุแต่ละคน เพราะการพยาบาลผู้สูงอายุมิได้มุ่งแต่เฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่การพยาบาลยังมุ่งถึงการดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้สูงอายุในภาวะปกติ ความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการทั้งความรัก ความเข้าใจ การยอมรับจากครอบครัวและสังคม ความต้องการให้คนยกย่องนับถือ เป็นต้น

จุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้สูงอายุ มุ่งที่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีความเป็นอิสระในตัวเอง ไม่พึ่งผู้อื่นโดยไม่จำเป็น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมทั้งในสภาวะที่ปกติหรือมีความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข โดยการใช้หลักการปฏิบัติการพยาบาล 7 ประการคือ

1. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของร่างกาย จิตใจ และสังคม อันหมายถึงการทำให้ร่างกายทุกส่วนยังคงทำหน้าที่ได้เป็นปกติ แข็งแรงและมีจิตใจดี ซึ่งจะเป็นทางนำไปสู่การอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. ส่งเสริมการดำรงชีวิตไว้ซึ่งชีวิตบั้นปลายให้เป็นปกติที่สุด สามารถช่วยเหลือตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระมีความสุข และใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือโรงพยาบาล
3. กระตุ้นให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาทางสังคมอันอาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากความท้อแท้หรือถูกทอดทิ้ง
4. ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีงานอดิเรก และการสันทนาการที่ถูกต้องตามความสนใจ
5. ป้องกันภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากความเสื่อมทางร่างกายหรือจิตใจเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

6. พัฒนาสุขภาพโดยการกระตุ้น แก่ไข ให้คำแนะนำ เพื่อให้อวัยวะกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด และลดความพิการของร่างกายเนื่องจากการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติหรือความเจ็บป่วย
7. ดำรงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตตามปกติแม้ในยามเจ็บป่วย

ขอบเขตของงานพยาบาลผู้สูงอายุ

1. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. ป้องกันโรคในวัยสูงอายุ ด้วยการสอน ให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตน เพื่อหลีกเลี่ยงโรคอันอาจจะเกิดขึ้นหรือมักพบในวัยสูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ขาดอาหาร กระดูกหัก หรือโรคจิตประสาทของผู้สูงอายุ เป็นต้น
3. ให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย
4. ควบคุมภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือเรื้อรังไม่ให้เพิ่มมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนมาเกี่ยวข้องและ/หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขที่สุดเท่าที่เขาสามารถหรือควรจะมี
5. ส่งเสริมการรับประทานที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัด โดยการสอน และ/หรือให้คำแนะนำถึงประเภท ชนิด วิธีการจัดรายการอาหารและจำนวนอาหารที่เหมาะสมตามที่ร่างกายต้องการตามวัยและสภาพ
6. พัฒนาสุขภาพและให้กายภาพบำบัด โดยมีจุดประสงค์สำคัญ เพื่อป้องกันและฟื้นฟูความพิการของร่างกายและจิตใจ อันอาจเกิดขึ้นเนื่องจากความเสื่อมตามอายุ และ/หรือความ เจ็บป่วย เพื่อให้เป็นปกติมากที่สุด และมีความพร้อมที่จะอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งอาจจะโดยการปฏิบัติเอง ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ หรือติดตามประเมินผล
7. มีส่วนในการจัดบริการสุขภาพ นับตั้งแต่การตรวจสอบสุขภาพปกติ การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา และการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
8. มีส่วนในการจัดการบริการสังคม พยาบาลจะเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งในการบริการสังคมในแง่ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติ ผู้ให้คำแนะนำ หรือผู้ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาบุคลิกภาพ

1.2 การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการเป็นทีม และมีการประสานงานซึ่งกันและกันทั้งประเทศ เพราะเรื่องของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคลากรเกือบทุกสาขาวิชา เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักสังคมศาสตร์ นักจิตเวชศาสตร์ เภสัชกร ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้จะต้องมีการระดมความร่วมมือจากภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในด้านที่จะให้บริการและความเกื้อหนุนอันควรต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้ โดยมีทิศทางและเป้าหมายเดียวกันตามแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 - 2544 ที่ได้กำหนดไว้ดังนี้(จรัสวรรณ เทียนประภาสและคณะ , 2536:497-498)

1. ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรจะได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม
3. ผู้สูงอายุควรจะได้รับทราบข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีที่เจ็บป่วยควรจะได้รับ การดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้
4. ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ตามความถนัด และความสามารถของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในบทบาทที่ปรึกษาซึ่งจะถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ให้ผู้อื่น บทบาทเช่นนี้ย่อมเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป

หลักการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีได้จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้นแต่จะต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมตลอดกระบวนการของการเกิดโรคตามธรรมชาติซึ่งมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดโรค ระยะที่เริ่มมีพยาธิสภาพหรือเริ่มเจ็บป่วยและระยะสุดท้าย คือ ระยะป่วยหนัก ดังนั้นหลักการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควรแบ่งออกตามระดับของการป้องกันการเกิดโรคทั้ง 3 ระยะดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาสและคณะ , 2536: 498-499)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันการเกิดโรคหรือพยาธิสภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย การสุขภาพสิ่งแวดล้อม การป้องกันอุบัติเหตุ และการให้ภูมิคุ้มกันโรค ฯลฯ เป็นต้น

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันเพื่อจำกัดหรือหยุดยั้งการดำเนินของโรคไม่ให้ก้าวหน้าต่อไป โดยการค้นหาบุคคลที่อยู่ในระยะเริ่มเป็นโรคทั้งที่มีอาการและยังไม่มีอาการ โดยการคัดกรองสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วยใหม่ การวินิจฉัยโรค และการรักษาผู้ป่วยในระยะแรก รวมทั้งการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาพสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือพิการภายหลังการเกิดโรคให้อยู่ในระดับที่สามารถทำหน้าที่ของตนเองในระดับที่เหมาะสมกับความสามารถที่เหลืออยู่ โดยการลดภาวะแทรกซ้อนและจำกัดความพิการไม่ให้ลุกลามต่อไป รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้อย่างเด็ดขาด หรือถ้าต้องพิการหรือจากไปด้วยความรุนแรงของโรคก็จะต้องสามารถปรับสภาพชีวิต เพื่อเตรียมรับสภาพความเรื้อรังของโรค ความพิการ หรือการจากไปด้วยดี

1.3 มาตรฐานการพยาบาล ของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน

มาตรฐานการพยาบาล (Nursing Standard) หมายถึง ข้อความที่อธิบายลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เป็นข้อความที่สามารถวัดได้ และใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการให้การพยาบาลทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล(กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2540:33-34)

มาตรฐานการพยาบาลโดยรวม มาตรฐานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้ยึดกรอบในการกำหนดจากการบริการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพที่ประชาชนพึงได้รับ โครงสร้างงานสาธารณสุขของประเทศ ปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลและความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าวนี้ประกอบด้วย มาตรฐานการพยาบาล 3 ลักษณะ คือ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะของระบบบริหารและระบบบริการการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ งบประมาณในการจัดทำโครงการต่างๆ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการออกกำลังกาย อาคารสถานที่ในการทำกิจกรรมร่วมกัน มาตรฐานชนิดนี้จะช่วยเอื้ออำนวยประโยชน์แก่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม และเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุน ส่งเสริมคุณภาพของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ในฝ่าย ควรมีมาตรฐานเชิงโครงสร้างกำกับไว้ เพื่อให้การบริหารงานการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าประสงค์ที่วางได้

2. มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ (Process Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดกิจกรรมการบริการทุกอย่าง ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยละเอียด เป็นขั้นตอนซึ่งการกำหนดเน้นที่การวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุ การวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนวิธีการให้บริการ การติดต่อสื่อสาร และการบันทึกรายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ มาตรฐานในลักษณะกระบวนการนี้ จะเป็นการกำหนดคุณภาพบริการที่ให้กับผู้สูงอายุ โดยทีมผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้หลายระดับ มาตรฐานเชิงกระบวนการจะแสดงกิจกรรมการพยาบาลด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ

- 2.1 การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุ ในฐานะบุคคล
- 2.2 การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคมของผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกของกลุ่ม
- 2.3 การตอบสนองด้านความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ
- 2.4 การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ อย่างผสมผสาน
- 2.5 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ
- 2.6 การแสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

3. มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในรูปของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้แก่ ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่คาดหวังว่าจะเปลี่ยนไปในทางบวกหรือใกล้เคียงปกติ ตามลักษณะสภาพของการเจ็บป่วยในลักษณะเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการแก้ปัญหา ซึ่งจะมีการวางแผนปฏิบัติร่วมกันระหว่างบุคลากรในฝ่ายกับผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ หรือไม่มีแผนล่วงหน้าก็ตาม ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นไปในทางบวกหรือลบก็ได้ แต่ในการกำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์จะคำนึงถึงเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเท่านั้น เพื่อปรับปรุงสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การกำหนดผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อใช้เป็นมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดในกลุ่มของผู้สูงอายุ ที่ได้

รับการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์นี้จะแม่นยำและเที่ยงตรงก็ต่อเมื่อได้วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ประสงค์จะให้เกิด และต้องเป็นสิ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุ ในกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เชิงกระบวนการ และเชิงโครงสร้าง มีความสัมพันธ์กัน เช่น ผลลัพธ์พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน แล้วพบว่ามีโรคแทรกซ้อน เช่นเป็นแผลเรื้อรังและแผลหายยากแผลดูลงจนกระทั่งต้องตัดอวัยวะบางส่วนไปทำให้ผู้สูงอายุพิการ เป็นภาระให้กับครอบครัว บุตรหลาน บางครั้งจะต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างๆ เป็นต้นก็ไม่ได้หมายความว่า เกิดจากการกระทำของผู้ให้การพยาบาลเพียงอย่างเดียว ผู้สูงอายุอาจได้การติดเชื้อจากสาเหตุต่าง ๆ ได้ เช่น เทคนิคการทำแผลเครื่องมือเครื่องใช้ไม่ปราศจากเชื้อ หรือเกิดจากผู้สูงอายุในชุมชนขาดความรู้ ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นต้น ดังนั้นเราจะต้องมองย้อนไปถึงกระบวนการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และโครงสร้างของหน่วยงานว่าได้มาตรฐานหรือไม่ จะเห็นได้ว่ามาตรฐานทั้ง 3 ลักษณะ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาถึงการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือก มาตรฐาน เชิงกระบวนการเป็นกรอบในการกำหนด กิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพราะเห็นว่า มีความครอบคลุมการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดไว้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จะต้องได้รับการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนดังนี้ (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2540:36-37)

บริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

1. การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ บริการคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดความดัน เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจสุขภาพช่องปาก วัดความเครียด เป็นต้น
2. การเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
3. การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต
4. การบริการปรึกษาและให้คำแนะนำทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล
5. การส่งต่อเพื่อการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง

บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน

1. การเฝ้าระวังทางสุขภาพ โดยสำรวจและจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังสุขภาพด้วยตนเอง

2. การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดทำบัตรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ การตรวจสุขภาพประจำปี การให้บริการปรึกษาและศึกษารายกลุ่ม การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ และการให้การดูแลต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาหลังจากกลับจากโรงพยาบาล

มาตรฐานเชิงกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 มาตรฐานได้แก่ (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2540 : 52-53)

มาตรฐานที่ 1 เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ค้นหา ตรวจ วินิจฉัย คัดกรอง ผู้สูงอายุ ในรายปกติและรายผิดปกติได้ถูกต้อง

1. สำรวจ ค้นหาผู้สูงอายุในชุมชนได้ถูกต้อง
2. ตรวจวินิจฉัยและประเมินความผิดปกติของผู้สูงอายุได้ถูกต้อง
3. บันทึกผลการสำรวจและการตรวจวินิจฉัยผู้สูงอายุลงในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ครบถ้วน

การคัดกรองสุขภาพ (สุทธิชัย วิเศษพันธุ์กุล, 2541 : 220) เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยการตรวจสอบเพื่อแยกบุคคลที่อาจเจ็บป่วยออกจากบุคคลปกติ หลังจากตรวจหรือทดสอบ ถ้าได้ผลบวกหรือได้ค่าสูงกว่าปกติ ก็จะต้องได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคที่แน่นอนต่อไป ตัวอย่าง เช่น การทดสอบทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin test) หากได้ผลบวกก็ต้องส่งตรวจเสมหะ หรือเอ็กซเรย์ปอดต่อไป เพื่อดูว่าป่วยเป็นวัณโรคหรือไม่ เป็นต้น การคัดกรองสุขภาพจึงไม่ใช่การวินิจฉัยโรค แต่เป็นการค้นหาโรคในระยะแรกเริ่ม โดยทั่วไปการคัดกรองสุขภาพจะทำเฉพาะโรคที่สำคัญๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น และจะต้องมีข้อตกลงที่แน่นอนว่า เมื่อพบว่าได้ผลบวกหรือค่าผิดปกติแล้ว จะมีการส่งต่ออย่างไร มิใช่เพียงตรวจพบก็หยุดเพียงเท่านั้น ปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายที่จะให้โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งจัดคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุจะเป็นด่านแรกในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจะควบคู่กับการป้องกันโรคด้วย ซึ่งเป็นการประหยัดเวลาการเดินทางของผู้สูงอายุ อีกประการหนึ่ง พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุควรจะสอดแทรกการสอนสุขภาพทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลในขณะที่ให้บริการคัดกรองสุขภาพด้วย โดยเฉพาะเมื่อพบความผิดปกติซึ่งสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้โดยการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

โรคที่ควรตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทยและกลวิธีที่แนะนำ

(สุทธิชัย วิเศษพันธ์, 2541 : 221)

โรค	กลวิธี	รายละเอียดคำแนะนำ
ปัญหาการมองเห็น	สัมผัสภาพประวัติการมองเห็นและ Snellen Chart	ทุกปี
หูบวมหรือ	สัมผัสภาพประวัติการหูบวมหรือ	ทุกปี
คัมสุรา	สัมผัสภาพประวัติการคัมสุรา	ทุกปี
ภาวะขาดโภชนาการ	สัมผัสภาพประวัติการบริโภคอาหาร และวัดดัชนีความหนาของร่างกาย	ทุกปี
โรคความดันโลหิต	วัดความดันโลหิต	ทุกปี
โรคเบาหวาน	ตรวจน้ำตาลกลูโคสตอนเช้าเมื่องดอาหาร	ทุกปี
มะเร็งเต้านม	ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจเต้านมโดยแพทย์ ตรวจ mammogram	ทุกสัปดาห์ ทุกปี (ตามสถานะ-ทุกปี)
มะเร็งปากมดลูก	ตรวจ papanicolau smear	ปีละครั้ง สามปีติดต่อกัน
มะเร็งผิวหนัง	ตรวจผิวหนังทั่วตัว	ทุกปี
มะเร็งช่องปาก	ตรวจช่องปาก	ทุกปี

มาตรฐานที่ 2 เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เพื่าระวังให้การพยาบาลผู้สูงอายุในรายปกติและผิดปกติได้ถูกต้อง

1. ตรวจสุขภาพประจำปีผู้สูงอายุ
2. ติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำและให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเองและให้การพยาบาลผู้สูงอายุในรายปกติและผิดปกติได้ตามปัญหาและความต้องการ
3. ประเมินผลการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
4. ส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมในรายที่เกินขีดความสามารถ
5. ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจตามสภาพปัญหาและความต้องการ
6. บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุถูกต้องและครบถ้วน

มาตรฐานที่ 3 เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนบุคคลในครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องได้อย่างเหมาะสม

1. ให้คำแนะนำและบริการปรึกษาแก่บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเอง
2. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุตามสภาพของผู้สูงอายุ
3. ประเมินการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขณะเยี่ยมบ้านและเมื่อมารับบริการ

1.4 ทีมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จะต้องดำเนินงานโดยทีมสุขภาพที่ให้บริการโดยตรงหรือมาจากหลายหน่วยงาน สมาชิกในทีมจะประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ (ดวงดา นิมศรีทอง, 2540:23-24) เช่น

1. หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จะต้องเป็นผู้วางแผนการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยทำหัวหน้าที่ประสานงานกับบุคคลหลายวิชาชีพที่จะให้การดูแลรักษาพยาบาล และช่วยเหลือผู้สูงอายุ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สามารถค้นหา ตรวจ คัดกรอง วินิจฉัย เฝ้าระวัง ผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในระยะปกติและผิดปกติได้ถูกต้อง รวมทั้งสนับสนุนบุคคล ในครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องของผู้สูงอายุได้เหมาะสม

2. แพทย์ (Physicians) มีหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยโรค และกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย และมีบทบาทในการช่วยสนับสนุนในคลินิกผู้สูงอายุ ในการตรวจ รักษาโรค ที่พบเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

3. นักกายภาพบำบัด (Physical therapist) จะดำเนินงานด้านการให้ความรู้ให้คำแนะนำการออกกำลังกายและกายภาพบำบัด เพื่อการฝึกปฏิบัติให้มีทักษะการใช้อวัยวะในร่างกายให้เป็นประโยชน์ รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพของอวัยวะบางส่วนที่ขาดการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พึ่งพาตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Daily - activities of living) เพื่อจะได้ช่วยลดภาระของครอบครัว

4. นักสังคมสงเคราะห์ (Social workers) ดำเนินงานในด้านการประสานระหว่างทีมการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม การประกอบอาชีพ และการหารายได้เพิ่มให้แก่ครอบครัว

5. นักอาชีวบำบัด (Occupation therapist) จะให้การดูแลประสานการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้สามารถใช้งานได้อย่างสูงสุด เพื่อช่วยให้ประกอบอาชีพได้และสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้

6. นักโภชนาการ (Nutritionists) ดำเนินงานด้านการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุได้ถูกต้อง

7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เช่น เภสัชกร ทันตแพทย์หรือพนักงานวิทยาศาสตร์ เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework

PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมอื่นๆ ที่ให้เกิดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การพิการหรือการตาย ซึ่งลอเรนซ์ ดับบลิวกรีนและคณะ (Lawrence W.Green, et al. 1980) เป็นผู้พัฒนารอบแนวคิดนี้ขึ้นมา ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุร่วมกันระหว่างหลายๆ ปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินงานหลายๆ ด้านประกอบกันและจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อนแล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพฤติกรรมดังกล่าวนี้อาจจะเป็นพฤติกรรมของผู้นำชุมชน พ่อแม่ ลูกจ้าง เพื่อน ครูและบุคลากร สาธารณสุข PRECEDE ย่อมาจากคำว่า Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการของการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยสนับสนุนในการวินิจฉัยและประเมินพฤติกรรม (Green , et al. 1980 : 11)

ในการศึกษาโดยทั่วไปมักเริ่มศึกษาจากสาเหตุหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ก่อนแล้วจึงมาพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่า เมื่อมีสาเหตุหรือปัจจัยนำเข้าอย่างนี้แล้วผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร แต่การใช้ PRECEDE Framework ลักษณะการดำเนินงานจะเป็นไปในทางตรงกันข้ามคือ จะเริ่มต้นจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Output) ก่อนว่าทำไมจึงเป็นอย่างนั้นแล้วจึงพิจารณาที่สาเหตุ หรือปัจจัยนำเข้า (Input) ว่ามาจากอะไร คือ เป็นกระบวนการย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นได้มีองค์ประกอบ หรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพที่เป็นอยู่ (Green, et al. 1980 : 12)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Framework แบ่งเป็น 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการประเมินปัญหาต่าง ๆ หรือสภาวะการณ์ที่ทำให้ประชาชนเกิดความยุ่งยากหรือดำรงชีวิตอย่างไม่มีความสุข เช่น ปัญหาการว่างงาน ปัญหาการขาดงาน ปัญหาทางการศึกษา ปัญหาความหนาแน่นของประชากร ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาความแตกแยก ปัญหาที่อยู่อาศัยและบริการ สังคมต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะเป็นเครื่องชี้ระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological diagnosis)

เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม ข้อมูลทางวิทยาการระบาด (Epidemiological data) จะแสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์ความชุก การกระจายของปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ทางวิทยาการระบาดรวมถึงข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นจะช่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสามารถวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Behavioral diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมจึงต้องวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลและผลระหว่างพฤติกรรมกับสุขภาพที่เหลือไว้ ในขั้นตอนที่ 2 มาจัดลำดับให้เห็นชัดเจนอย่างไรก็ตามต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ใช่ปัจจัยทางพฤติกรรม (Nonbehavior factors) เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมด้วยเพราะปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพได้ การวิเคราะห์เช่นนี้จะทำให้ผู้ศึกษาตระหนักถึงแรงผลักดันทางสังคมที่เป็นข้อจำกัดของโครงการได้

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุดใน PRECEDE Framework เพราะจะเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

ปัจจัยนำประกอบด้วย เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อแรงจูงใจให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่

ปัจจัยเอื้อ คือ ปัจจัยที่เป็นแหล่งทรัพยากร หมายถึง ทรัพยากรที่หามาได้โดยง่ายและสามารถใช้ทรัพยากรนั้นได้ ตลอดจนการเรียนรู้ในการกระทำต่าง ๆ ที่ต้องอาศัยประสบการณ์มากพอจนเกิดทักษะในเรื่องนั้น ๆ

ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นได้รับการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Education diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์หาวิธีการหรือกลวิธี ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 3 ประการใน

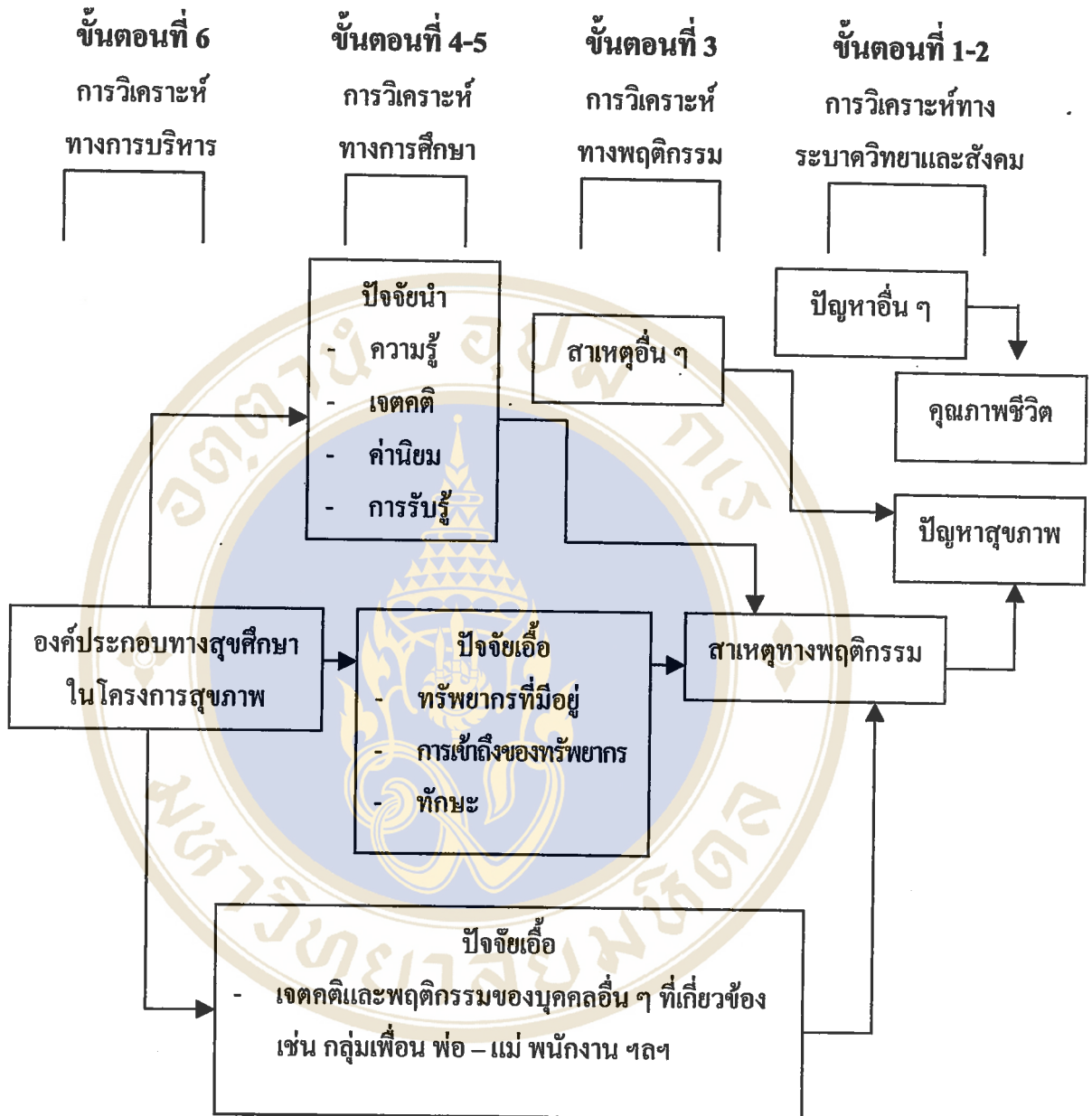
ขั้นตอนที่ 4 แล้วในขั้นนี้ก็จะทำให้เราตัดสินใจได้ว่าปัจจัยย่อย ๆ ของทั้ง 3 ปัจจัยนั้น ปัจจัยใดมีผลต่อพฤติกรรมแล้วพิจารณาระดับความสำคัญของปัจจัยต่อพฤติกรรม และทรัพยากรที่มีอิทธิพลเหนือปัจจัยอื่นเพื่อนำไปสู่การแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร (Administrative diagnosis)

เป็นกำหนดวิธี และการดำเนินงานตามกลวิธี โดยก่อนที่จะดำเนินการจะต้องคำนึงถึงปัญหากระบวนการบริหารและทรัพยากรต่าง ๆ โดยวิเคราะห์ถึงทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ข้อจำกัดของเวลาและความสามารถในการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายของโครงการ

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผล (Evaluation)

เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งต้องประเมินในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานก่อนและควรประเมินต่อเนื่องกันไปตั้งแต่ก่อนดำเนินการจนสิ้นสุดการดำเนินงาน ได้แก่ การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (Output valuation) (Green, et al.1980:12-16)



แผนภูมิที่ 1 PRECEDE Framework (Green, et al. 1980 : 140)

จากแผนภูมิที่ 1 ซึ่งกล่าวถึงขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework จะเห็นได้ว่า ต้องอาศัยวิทยาการต่าง ๆ ทั้ง 4 สาขาด้วยกัน คือ วิทยาการระบาดสังคม วิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ในการบริหาร ดังนั้นในการนำ PRECEDE Framework ไปใช้ผู้ใช้งานจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในวิทยาการสาขาต่าง ๆ ดังกล่าว และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้น 2 ประการ เพื่อที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมคือ

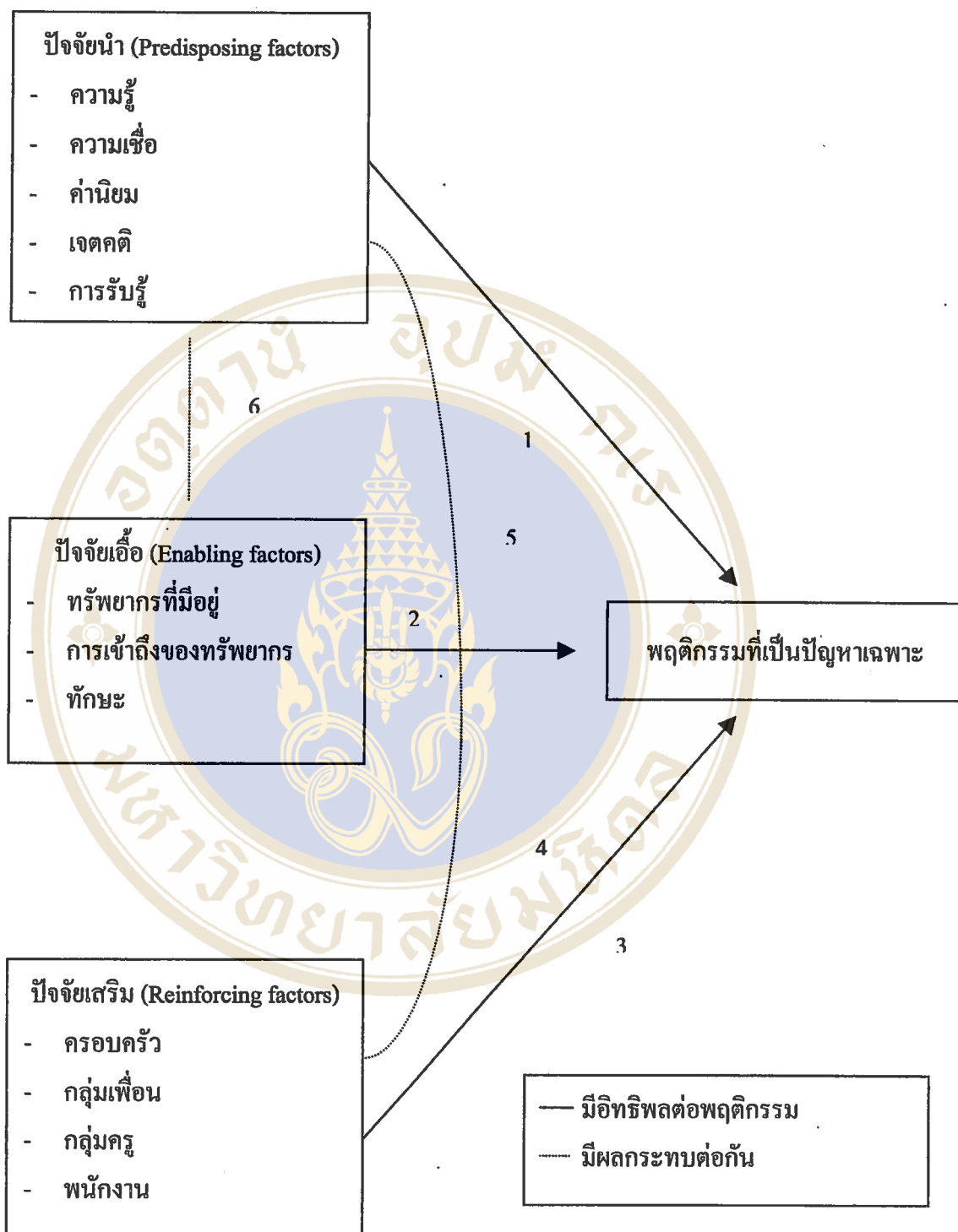
ประการแรก ต้องเข้าใจว่า พฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors)

ประการที่สอง ต้องเข้าใจว่าการดำเนินงานเพื่อที่จะให้ได้ผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริง ต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ร่วมกันในลักษณะของการผสมผสานศาสตร์ทางด้านการแพทย์พฤติกรรมศาสตร์และด้านการศึกษา PRECEDE Framework เป็นรูปแบบสังเคราะห์ที่นำความรู้หลาย ๆ ด้านมาพัฒนาร่วมกันเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจพื้นฐานและสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Green , et al.1980 : 16-17)

การใช้ PRECEDE Framework ในการศึกษาจะได้ประโยชน์ในการนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามที่ต้องการมากขึ้นก็ขึ้นอยู่กับขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้น ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยเหล่านี้ออกเป็น 3 ประเภท คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) โดยที่แต่ละประเภทจะมีผลต่อพฤติกรรมในลักษณะแตกต่างกันและเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ประเภทนี้ ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องใดก็ตาม จะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวร่วมกันเสมอไม่ใช่คำนึงถึงเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น (Green , et al. 1980: 68–69)

โมเดลที่แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของปัจจัยต่างๆ กับปัญหาทางพฤติกรรม (แผนภูมิที่ 2) ในการวิเคราะห์ทางการศึกษา โดยปกติมักคาดหวังว่าสาเหตุควรเรียงลำดับตามหมายเลขที่กำกับลูกศรที่แสดงความสัมพันธ์ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้ (Green, et al. 1980 :70)

1. เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม
2. กระจายหรือใช้ทรัพยากรเพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น
3. เป็นกิริยาตอบสนองที่บุคคลอื่น ๆ แสดงออกให้ทราบหลังจากเกิดพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. เป็นการเสริมแรงให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป หรือลงโทษและทำให้ท้อใจในการทำพฤติกรรมนั้น
5. การเสริมแรง หรือการลงโทษในการทำพฤติกรรมนั้น จะมีผลกระทบถึงปัจจัยนำ
6. ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมก็จะมีผลกระทบถึงปัจจัยนำด้วยเช่นกัน



แผนภูมิที่ 2 ลำดับขั้นตอนของสามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม (Green , et al.,1980)

จากแผนภูมิที่ 2 กรีนและคณะ (Green, et al., 1980 : 70 - 76) ได้อธิบายความหมายของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

ปัจจัยนำประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล เป็นลักษณะการแสดงออกทางด้านจิตใจของบุคคล (Psychological domain) ที่รวมเอาพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด และพฤติกรรมด้านอารมณ์และความรู้สึก (Cognitive and affective dimension) เป็นตัวกำหนดความรู้ ความรู้สึกที่แสดงออก ความเชื่อ ค่านิยม และความมั่นใจในตนเอง เช่น ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยนำเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งหมด เพราะว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ อีก

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพของบุคคล ชุมชน ทรัพยากรนั้นต้องหาได้ง่าย (Availability) สามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ หมายถึง ระยะทางไปได้สะดวก ราคาไม่แพงเกินกว่าจะจ่ายได้ ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ เป็นต้น รวมทั้งการมีทักษะที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของบุคคล องค์กร หรือชุมชนด้วย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นกับวัตถุประสงค์ หรือการดำเนินสุศึกษาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุศึกษาในโรงเรียน หรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อน ครู ผู้บริหาร โรงเรียน และผู้ปกครอง สำหรับในชุมชนปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข ส่วนสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่ เพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ครอบครัว ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่จะเป็นในลักษณะกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การดำเนิน-ติเตียน การลงโทษ ดังนั้นในการวางแผนและดำเนินสุศึกษาจึงต้องทำการศึกษาวิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้าง หรือปรับปรุงปัจจัยเสริมให้เสริมแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมขึ้น

การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นพฤติกรรมบุคคลที่มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัย (Multiple factors) ซึ่งการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้านประกอบกัน โดยต้องศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการให้เกิดพฤติกรรมนั้นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในการวินิจฉัยปัญหาของ PRECEDE-Framwork Model ในขั้นตอนที่ 4-5 คือ การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) โดยศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนเป็นตัวแปรตาม และศึกษาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและประสบการณ์ในการทำงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล บุคลากรในฝ่ายและนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นตัวแปรต้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆเพื่อนำเสนอในส่วนนี้ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เจตคติต่อผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตัวแปรปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรในฝ่าย นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ ตัวแปรปัจจัยเสริม คือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงาน และครอบครัวของผู้สูงอายุดังนี้

3.1เจตคติ (Attitude)

ความหมายของเจตคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 1) เห็นว่า เจตคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motive) และแรงขับ (Drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ (State of readiness) จะแสดงให้เห็นถึงแนวทางของการตอบ

สนองบุคคลต่อสิ่งเร้าได้สรุปว่าเจตคติ เป็นความคิดซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ฮิลการ์ด (Hilgard 1962 : 564) กล่าวว่า เจตคติคือพฤติกรรมหรือความรู้สึกครั้งแรกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ต่อแนวคิดใดหรือสภาพการณ์ใด ในลักษณะการเข้าหาหรือหนีออกห่างและความพร้อมที่จะตอบสนองในครั้งต่อ ๆ ไปในทางที่เอนเอียงในลักษณะเดิมเมื่อพบกับสิ่งดังกล่าวอีก

เทอร์สโตน (Thurstone in Fishbein, ed. 1967 : 77) กล่าวว่าเจตคติเป็นความชอบหรือไม่ชอบ ความลำเอียง ความรู้สึก และความเชื่อมั่นต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือเรื่องหนึ่งเรื่องใด

ไทรแอนดิส (Triandis 1971 : 12) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่าเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหลังที่ได้รับประสบการณ์ หรืออิทธิพลจากเรื่องนั้น ๆ มาแล้ว และเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อเรื่องนั้น ๆ

ถวิล ธาราโกชน (2532 : 45) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า เป็นสภาวะความพร้อมด้านจิตซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทางปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

กมลรัตน์ หล้าสูงงษ์ (2524 : 239-240) กล่าวว่าเจตคติ หมายถึง ภาวะความพร้อมทางจิตซึ่งเกิดจากประสบการณ์ เป็นตัวกำหนดทิศทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องเจตคติที่ดีจะมีแนวโน้มเข้าหาสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นด้วยความชอบหรือความพอใจ ส่วนเจตคติที่ไม่ดีจะถอยหนีจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์เพราะความไม่ชอบหรือไม่พอใจ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า เจตคติคือ ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ ท่าทีหรือความพร้อมของบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ใด ๆ และความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งเหล่านั้น อาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้

องค์ประกอบของเจตคติ

ไทรแอนดิส (Triandis, 1971: 3) กล่าวว่า เจตคติดี้องค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component) ประกอบด้วย ความรู้หรือความเข้าใจหรือรับรู้ โดยการรวบรวมเอาสิ่งที่เหมือนกันหรือคล้าย ๆ กันเข้าด้วยกันเป็นหมู่ เรียกว่า Categorization
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้าต่าง ๆ เป็นผลเนื่องมาจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้านั้นแล้วว่า พอใจหรือไม่พอใจ ชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือเลวอย่างไร
3. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral component) คือ ความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลจะประพฤติหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมิน

อรุณ วัชรธรรม (2528: 320) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับลักษณะที่สำคัญของเจตคติไว้ 4 ประการ คือ

1. เจตคติเป็นสภาวะก่อนที่พฤติกรรมได้ตอบสนองต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะหรือจะเรียกว่าเป็นสภาวะความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมจริง
2. เจตคติจะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่มิได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง
3. เจตคติเป็นตัวแปรที่นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการแสดงออกโดยวาจาหรือการแสดงความรู้สึก ตลอดจนการที่จะต้องเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด
4. เจตคติดี้อิทธิพลของแรงจูงใจในอันที่จะทำให้บุคคลประเมิน และเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งหมายความว่า ไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมด้วย

เจตคติกับการปฏิบัติ

ในสภาพโดยทั่วไปแล้ว เจตคติดี้อมีส่วนในการกำหนดการปฏิบัติของบุคคลในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง แต่ในบางสถานการณ์บุคคลก็ไม่สามารถปฏิบัติเช่นนั้นได้ เนื่องจากถูกปัจจัยอื่นมาเป็นตัวกำหนดให้ต้องแปรเปลี่ยนพฤติกรรมไปหรือดเว้นพฤติกรรมดังกล่าวเสีย อาจจะพิจารณาเจตคติในลักษณะที่ว่าเจตคติเป็นสิ่งที่กำหนดแนวโน้มของพฤติกรรมของบุคคล มีนักวิชาการ

หลายๆ ท่านมีความเชื่อลักษณะดังกล่าว เช่น การ์ดเนอร์ ลินด์เซย์ และเอลเลียต อารอนสัน (Gardner Linzey and Elliot Aronson, 1969 : 270) เห็นว่าเจตคติเป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาของบุคคล และไตรแอนด์ซิส (Triandis, 1971:12) กล่าวว่า “พฤติกรรมเป็นหน้าที่ เจตคติ บรรทัดฐาน นิสัยและเป็นการคาดหมายเกี่ยวกับการเสริมแรง” จะเห็นได้ว่าเจตคติมีผลต่อการแสดงออกในทางพฤติกรรมของบุคคล และในทางตรงกันข้าม การแสดงออกของพฤติกรรมอาจแสดงถึงลักษณะของเจตคติด้วย ดังนั้นนักจิตวิทยาบางท่านจึงได้จัดพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบทางเจตคติด้วย (Behavior component)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 6-9) ได้กล่าวสรุป เห็นด้วยที่ว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ถึงแม้ผลจากวิจัยส่วนมากไม่พบความสัมพันธ์อย่างเด่นชัด หรือพบความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการหาเครื่องมือในการวิจัยยังไม่เหมาะสมเพียงพอก็ได้

สมพงษ์ เกษมสิน (2517 : 218) กล่าวว่า กิจกรรมงานจะบรรลุวัตถุประสงค์จะต้องสร้างเจตคติที่ดีต่อการทำงานหรือผู้ร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา สอดคล้องกับความคิดของเทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529 : 9) กล่าวว่า ในองค์การมีองค์ประกอบเกี่ยวกับงานหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อเจตคติของเจ้าหน้าที่ในองค์การ การศึกษาเจตคติเจ้าหน้าที่ต่อองค์ประกอบเกี่ยวกับงานจะช่วยให้เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างเจตคติให้ดีขึ้น และเปลี่ยนแปลงเจตคติที่ไม่ดีต่อองค์ประกอบของงานได้

การวัดและเครื่องมือการวัดเจตคติ

สก็อทท์ (Scott in Lindzey, ed., 1960 : 206-210) กล่าวว่า การศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือวัดเจตคติ จำเป็นต้องศึกษาถึงลักษณะของเจตคติ ดังนี้

1. ทิศทางของเจตคติ (direction) แสดงไว้ 2 ทิศทาง คือ

1.1 เจตคติเชิงนิมิตหรือเจตคติเชิงบวก (Positive) เป็นความโน้มเอียงของอารมณ์ในทางชอบ ฟังพอใจ คล้อยตามหรือเห็นด้วย ทำให้บุคคลอยากแสดงออกหรือปฏิบัติในทางที่ดีต่อสิ่งนั้น ๆ

1.2 เจตคติเชิงนิเสธหรือเจตคติทางลบ (Negative) เป็นความโน้มเอียงทางอารมณ์ให้ลักษณะไม่พึงพอใจเกลียด หรือต่อต้านไม่เห็นด้วย ทำให้บุคคลเกิดความเบื่อกันาย หนีให้ห่างจากวัตถุนั้นหรือสภาพการณ์นั้น ๆ



2 ระดับของเจตคติ (Magnitude) หมายถึง การที่บุคคลแสดงความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง นั้น อาจมีความรู้สึกผิวเผิน เล็กน้อย หรือลุ่มลึก เจตคติระดับผิวเผินจะไม่มี ความคงที่ เปลี่ยนแปลงง่าย ส่วนเจตคติระดับลุ่มลึกจะคงทนถาวรและเปลี่ยนแปลงยาก

3. ความเข้มของเจตคติ (Intensity) หมายถึง ปริมาณของความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มี ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งจะปรากฏในรูปของความรู้สึกต่องี้นั้นมากหรือน้อยเพียงใด

การสร้างเครื่องมือวัดเจตคติสร้างให้สามารถวัดทิศทางเจตคติของบุคคลให้ได้มีเจตคติใน ทิศทางบวกหรือทางลบ ซึ่งทิศทางของเจตคติดังกล่าวบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกในรูปเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบ ไม่ชอบ และการวัดระดับเจตคติพิจารณาได้จากข้อความของแบบวัดเจตคติว่ามี ข้อคำถามได้ละเอียดถี่ถ้วนเพียงใด และความเข้มจะปรากฏในรูปต่าง ๆ ของคะแนนตามเครื่องมือ วัดที่สร้างขึ้น (ไพบูลย์ อินทริวิชา 2517 : 16-18) ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเจตคติต่อผู้สูงอายุโดยวัด จากแบบสอบถามในแบบประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert scale)

ในแบบวัดของเจตคติของลิเคอร์ท (Likert) กำหนดให้ข้อความทุกข้อในแบบวัดเจตคติ คือ ผลรวมของคะแนนทุกข้อในแบบวัดเจตคติซึ่งลิเคอร์ทถือว่าผู้มีเจตคติต่อสิ่งใดก็ย่อมจะมีโอกาส ที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นจะมีมาก และโอกาสที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความ ที่ต่อต้านสิ่งนั้นก็จะมีอยู่น้อย ในทำนองเดียวกันผู้ที่มีเจตคติไม่ติดต่อกับสิ่งใด โอกาสที่เห็นด้วยกับข้อ ความที่สนับสนุนนั้นก็จะมีน้อย และโอกาสที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีมาก คะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึง เจตคติของผู้ที่ตอบในแบบวัดเจตคติในแต่ละคน วิธีสร้างแบบวัดเจตคติของลิเคอร์ท (Likert) ครั้งแรกจะต้องรวบรวมข้อความที่เกี่ยวข้องในสิ่งที่จะ ศึกษาให้ได้มากที่สุด นำข้อความที่รวบรวมได้ไปลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา โดยให้ เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพียงอย่างใดอย่าง หนึ่งต่อข้อความแต่ละข้อ ผู้ตอบไม่ต้องทำใจเป็นกลางแต่ตอบตามความรู้สึกของตนเอง การเปรียบเทียบเจตคติให้เป็นคะแนนหรือข้อความที่สนับสนุนคำตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน และลด ลงเรื่อย ๆ จนถึงคำตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่ต่อต้านถ้าตอบไม่เห็นด้วย อย่างยิ่งให้ 5 คะแนน และลดลงเรื่อย ๆ จนกว่าจะตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

การสร้างแบบสอบถามตามขั้นตอนของลิเคอร์ท (Likert)

ขั้นที่ 1 พิจารณาว่าจะวัดเจตคติของใครที่มีต่ออะไร และให้ความหมายของเจตคติของ สิ่งที่จะวัดนั้นแน่นอน

ขั้นที่ 2 เมื่อตีความหมายของสิ่งที่จะวัดแน่นอนแล้วก็สร้างข้อความในแต่ละหัวข้อนั้นๆ โดยให้คลุมเนื้อหาในหัวข้อเหล่านั้น และขณะเดียวกันก็ให้พิจารณาว่าข้อความเหล่านั้นเป็นข้อความที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ตอบ โดยมีหลักดังนี้

1. ข้อความควรจะเขียนในแง่ความรู้สึก ความเชื่อหรือความตั้งใจที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ใช่เป็นข้อเท็จจริง
2. ข้อความที่บรรจุลงในสเกลจะต้องประกอบด้วยข้อความที่สนับสนุนและต่อต้านคลงกันไป
3. ข้อความแต่ละข้อความจะต้องสั้น เข้าใจง่าย ชัดเจน เมื่อใดข้อความเพียงพอแล้วก็บรรจุลงในสเกล โดยให้มีหัวข้อเลือก 5 ข้อดังกล่าวมาแล้ว

ขั้นที่ 3 ใช้แบบทดสอบกับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะพื้นฐานคล้ายๆ กับกลุ่มที่จะศึกษามุ่งหมายก็เพื่อเป็นการปรับปรุงข้อความโดยการวิเคราะห์ข้อความ (Item analysis)

3.2. ประสพการณ์ในการทำงาน

ประสบการณ์ หมายถึง การได้ผ่านพบเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ มาแล้ว (เปลื้อง ณ นคร 2525 : 29) ในที่นี้ประสบการณ์ในการทำงาน หมายถึง สิ่งที่ได้รับรู้เรียนรู้ตลอด ระยะเวลาเป็นปีเต็มในการปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจนกระทั่งถึงปัจจุบันซึ่งจากการศึกษาของ ไดเออร์ (Dyer 1972 : 43-48) พบว่าประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศาสตราจารย์พยอม (2531 : 4) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน และควรจะมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี

จากผลจากวิจัยดังกล่าวประสบการณ์ในการทำงานกับการปฏิบัติงานนั้นมีความสัมพันธ์ในบางเรื่องขึ้นอยู่กับลักษณะงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นกับส่วนประกอบสิ่งสนับสนุนหลายประการ เช่น คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง สภาพการปฏิบัติงาน การสนับสนุนของหน่วยงาน และเจตคติต่องานนั้น เพราะโดยธรรมชาติทั่วไปของคนเมื่อเริ่มเข้าทำงานใหม่จะกระตือรือร้นในการทำงานจะหมั่นศึกษาหาความรู้เพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการทำงานในระยะแรกประสิทธิภาพของงานจะสูง แต่เมื่อทำงานไปนานๆ จะเกิดความเบื่อหน่ายซ้ำซาก ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานค่อยๆ ลดลงตามลำดับ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นประสิทธิภาพงานอาจดีขึ้นได้ถ้าลักษณะงานดี มีเจตคติต่องานดี ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็น

เรื่องที่น่าสนใจที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและการได้รับบริการสุขภาพนั้นยังไม่มีใครศึกษาว่าเป็นไปในระดับใด และประสบการณ์ในการทำงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในลักษณะใด

3.3 การรับรู้บทบาท (Role Perception)

พอร์เตอร์ และลอเลอร์ (Porter and Lawler 1975 อ้างใน ประภาสแก้ว กิ่งโก้ 2535 : 30) ได้กล่าวว่า การรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน และการรับรู้บทบาทหมายถึง “แนวทางที่บุคคลให้ความหมายแก่งานของเขา ที่เขาเชื่อว่าจะมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ” และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าหากการรับรู้บทบาทไม่ถูกต้องแล้ว ผลของการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่า ความสามารถและแรงจูงใจจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่จะมีความหมายน้อยมากถ้าพวกเขาไม่ได้ไปในทิศทางที่ถูกต้อง

โมนีท และอีแวน (Monet and Evan 1968 อ้างใน ชูติมา คูหาทอง 2532 : 31) กล่าวว่า การรับรู้บทบาท คือ กลุ่มของความคาดหวังจากตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ และการกระทำของบุคคลโดยมีแรงจูงใจ วัฒนธรรมพื้นฐานเดิม และการให้คุณค่าของกลุ่มเดียวกัน อาจจะมีอิทธิพลต่อบทบาทด้วย และในทางกลับกัน สุขภาพอนามัย คุณค่า และการศึกษาก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้เช่นกัน

อัลพอร์ท (Allport 1964 : 186-188) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่าง ดังต่อไปนี้

1. ความคาดหวังในบทบาท (Role expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่นหรือเป็นบทบาทที่สถาบันองค์กรหรือกลุ่มสังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ ที่บุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่
2. การรับรู้บทบาท (Role conception) เป็นการรับรู้ในบทบาทของตนว่าควรจะมีมองเห็นบทบาทของตนเองได้จากการรับรู้ (Perceived role) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพความต้องการของบุคคลนั่นเอง ทั้งนี้การรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น
3. การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role acceptance) ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคม และบทบาทหน้าที่ที่ตนเองรับรู้ การยอมรับบทบาทนี้เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาท และการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้

เพราะว่าบุคคลไม่ได้ยินดีย่อมรับบทบาททุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่ง และมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติก็ตาม เพราะถ้าหากว่าบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหาย หรือเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าขัดแย้งกับความต้องการ หรือค่านิยมของบุคคลนั้น ผู้ครอบตำแหน่งอยู่ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ

4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง (Actual role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครอบตำแหน่งอยู่ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคม และการรับรู้บทบาทของตนเอง

นอกจากนี้ ออร์แกน และเบทแมน (Organ and Bateman 1986 : 284) กล่าวว่า การรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงาน เพราะงานที่ปฏิบัตินั้นมีความยาก หลากหลาย ถ้าหากบุคคลทราบว่าจะต้องการให้เขาปฏิบัติเช่นไร เขาก็สามารถจะแบ่งเวลาและบริหารทรัพยากรต่าง ๆ ให้เกิดผลงานขึ้นได้และกล่าวว่าอุปสรรคของการรับรู้บทบาทมี 3 ประการ คือ

1. ความคลุมเครือของบทบาท (Role ambiguity)
2. ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict)
3. การบิดเบือนบทบาท (Role distortion)

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในด้านการบริหาร ด้านการบริการและด้านวิชาการ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การรับรู้บทบาทจะแตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้บทบาทนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล

3.4. ขนาดโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งขนาดโรงพยาบาลชุมชนไว้ดังนี้ 10, 30 และ 60 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลชุมชนแต่ละขนาดสามารถจัดบริการสุขภาพได้แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะปัจจัยด้านกำลังเงินและงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ ความสามารถในการให้บริการแตกต่างกัน ดังเช่น ชูชัย สุวงค์และคนอื่น ๆ (2530 : 223-239) ศึกษาเรื่อง การประสานงาน

ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีศักยภาพในการปฏิบัติงานได้มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ พรทิพย์ อุ่นโหมล (2532) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลจากหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรคจำนวน 211 คน ผลการวิจัยพบว่า ขนาดโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รวมทุกด้านสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สมพร อธิธิเดชพงศ์ (2530) ซึ่งพบว่า ขนาดโรงพยาบาลเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานด้านวิชาการโดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 21 และสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานด้านบริการโดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 7 และการศึกษาของ ดีฟรีส (Defriesse 1967) ที่พบว่า ในสถานปฏิบัติงานที่ซับซ้อนมาก และมีงานผสมผสานหลายอย่าง จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติงาน ส่วนสถานที่ที่การปฏิบัติงานไม่ยุ่งยากซับซ้อน จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงาน

3.5 จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

บุคลากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญ หากมีบุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน ก็จะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล พรทิพย์ อุ่นโหมล (2532) พบว่า จำนวนบุคลากรในฝ่ายสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายด้านการบริหารและกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2528: 2) ได้สำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพ 500 คน ในโรงพยาบาล 110 แห่ง ของภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ รวม 47 จังหวัด พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน คือ บุคลากรมีไม่เพียงพอ

3.6 นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ

นโยบาย หมายถึง กฎเกณฑ์สำหรับทำภารกิจที่กำหนดไว้ (พินิจจันทร์ นามวัฒน์ 2538: 76) และ เฉลิมพงศ์ มีสมนัย (2535 : 56) ได้กล่าวไว้ว่า นโยบายคือแนวทางต่าง ๆ ในการคิดและปฏิบัติที่กำหนดขึ้นอย่างกว้าง ๆ สามารถยืดหยุ่นได้ ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้บริหารในระดับรอง ๆ ลงมาสามารถใช้นโยบายขององค์กรเป็นช่องทาง หรือกรอบในการตัดสินใจปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ฉะนั้นนโยบายของหน่วยงาน จึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะกำหนดรูปแบบต่าง ๆ ของหน่วยงาน เพื่อยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ในการวิจัยครั้งนี้ นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ หมายถึง แนวทางในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในเรื่องในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นลายลักษณ์อักษร หนังสือเวียน หรือมีการชี้แจงในการประชุมของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งในสถานะปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอนามัย ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหานี้ ดังแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 จึงได้เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาซึ่งได้นำแผนงานรองส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) จากนโยบายและแผนงานนี้ถือว่าเป็นนโยบายที่ต้องปฏิบัติตาม และหน่วยงานจะต้องมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไว้อย่างชัดเจนและประกาศให้ทราบทั่วกัน โดยการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร หนังสือเวียน หรือการประชุมชี้แจงในที่ประชุม ซึ่งเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานนั้น เป็นไปได้ดีและมีประสิทธิภาพ

3.7 พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมสนับสนุนที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาคือพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์ คำแนะนำ ขวัญกำลังใจ เป็นต้น หากผู้อำนวยการให้การสนับสนุน การดำเนินงานก็จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ตามโครงการเป็นอย่างดี และในทางปฏิบัติหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน ซึ่งผู้ร่วมงานในที่นี้ได้แก่ ผู้ร่วมงานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ ซึ่งได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่บริการสุขภาพผู้สูงอายุ และนอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งมีส่วนช่วยกระตุ้น สร้างสรร ช่วยเหลือให้เกิดการดูแลอย่างถูกต้อง และการดำเนินงานนั้นบรรลุตามเป้าหมาย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น

4.1 งานวิจัยที่ใช้ PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

4.1 งานวิจัยที่ใช้ PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

คิลกา ไตรไพบูลย์ (2531 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริมและปัจจัยด้านลักษณะประชากร ต่อการทำการกิจกรรมกลุ่มปัญหาคุณภาพงานของพยาบาล และศึกษาเปรียบเทียบผลของปัจจัยเหล่านี้ พร้อมทั้งศึกษาคำแนะนำนักสหพบในการทำนายนการทำการกิจกรรมกลุ่มปัญหาคุณภาพของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และผ่านการอบรมกิจกรรมกลุ่มปัญหาคุณภาพงานของพยาบาลจำนวน 242 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลคือการรับรู้ในการพัฒนาคุณภาพงานส่วนเจตคติต่อการทำการกิจกรรมกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ส่วนบรรยากาศขององค์กรไม่มีความสัมพันธ์กับการนำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ปัจจัยเสริมคือพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน และปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร รายได้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนา ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริมมีคำแนะนำนักสหพบในการทำนายนการทำการกิจกรรมกลุ่มปัญหาคุณภาพงานแตกต่างกัน

ดวงใจ รัตนธัญญา (2533 : 71 - 75) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในบริการพยาบาล จำนวน 255 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล คือ เจตคติต่อการกระบวนการพยาบาล ส่วนความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการฝึกอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุน คือ ระบบสนับสนุนขององค์กรในเรื่องเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน ปัจจัยเสริมคือพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยที่สามารถทำนายความแปรปรวนของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล คือ ระบบสนับสนุนขององค์กรในเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานและเจตคติต่อการใช้

กระบวนการ พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลโดยสามารถร่วมกันทำนุภาพการปฏิบัติการพยาบาล
ได้ร้อยละ 19.30

ประณิตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534 : 65-66) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพ
จิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย โดยศึกษาจาก หัวหน้าฝ่ายการ
พยาบาล และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ดำรงตำแหน่งมาแล้ว 1 ปี จำนวน 138 คน ผลการวิจัย
พบว่า ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อวัดตามเกณฑ์ที่สร้างขึ้นตาม
บริการมาตรฐานสุขภาพจิตที่กำหนด โดยกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.1) และจากการศึกษาหา
ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน พบว่า เจตคติต่องานสุขภาพจิตชุมชน
กับการรับรู้บทบาทในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสุขภาพ
จิตชุมชน และการได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตของบุคลากร แผนการดำเนินงานสุขภาพจิต
ชุมชน ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรและการได้รับการนิเทศงานสุขภาพจิต ชุมชน ของ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสุขภาพ
จิตชุมชน พฤติกรรมเสริมแรงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนิน
สุขภาพจิตชุมชน แต่พฤติกรรมเสริมแรงของแพทย์ พยาบาลนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการ
ดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

วีราภรณ์ ระดาวิริยะกุล (2537: 96-100) ได้ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติการพยาบาลของผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 11 แห่ง จำนวน
396 คน ผลการวิจัยพบว่าระดับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ใน
ระดับต่ำ (ร้อยละ 94.4) ปัจจัยนำอันประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติของพยาบาลต่อผู้
สูงอายุ และการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูง
อายุ แต่ประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ปัจจัย
สนับสนุนคือระบบการสนับสนุนของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาล
ผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริมคือพฤติกรรมเสริมแรงของบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ โดยปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปล
นวนของการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ คือ พฤติกรรมเสริมแรงของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เจตคติต่อผู้

สูงอายุและระบบสนับสนุนของหน่วยงานในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถร่วมกัน
ทำนายได้ร้อยละ 59.41

ดวงตา นิมสรีทอง (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้
ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ
ปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลกลุ่ม
ตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค จำนวน 223 คน ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้
ปฏิบัติการในตึกผู้ป่วยอายุกรรม ศัลยกรรม เด็ก ออร์โธปิดิกส์ ตา หู คอ จมูก และตึกผู้ป่วยพิเศษ
ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเขต 1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ระดับการ
ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง
คิดเป็นร้อยละ 69.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยใน
การดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาล ปัจจัยนำคือ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพของพยาบาล การรับรู้บทบาท
ของพยาบาล ปัจจัยเอื้อคือ นโยบายของหน่วยงาน การบริการของหน่วยงาน การได้รับการฝึก
อบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และปัจจัยเสริมคือ การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน
และเพื่อนร่วมงาน และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ปัจจัยที่สามารถทำนาย
ความแปรปรวนของการปฏิบัติการพยาบาล คือ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน การรับรู้บทบาท
ของพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน และเพื่อนร่วมงาน และนโยบายของ
หน่วยงาน โดยสามารถทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแล
สุขภาพที่บ้านของพยาบาลได้ร้อยละ 43.24

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

กฤษณี ก้องสมุทร (2532 : 69-71) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติ
งานอนามัยแม่และเด็กของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนภาคกลางจากหัวหน้า
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง 24 จังหวัดจำนวน 114 คน พบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้บทบาทงานอนามัยแม่และเด็กในด้านการบริหาร บริการ และรวมทุกด้านอยู่
ในระดับดี การรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งในราย
ชื่อ รายด้าน และรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรม
มีการรับรู้บทบาทดีกว่ากลุ่มผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมในด้านวิชาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นพพร การถัก (2535 : 76-83) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 166 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คือ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพราชการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง ประสบการณ์เดิมและการฝึกอบรม โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คือ ขนาดของโรงพยาบาล การรับรู้บทบาทด้านบริการ และการรับรู้บทบาทด้านบริหาร โดยปัจจัยที่พยากรณ์การปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่ดีที่สุดคือ การรับรู้บทบาทด้านบริการ การรับรู้บทบาทด้านบริหาร และการรับรู้บทบาทด้านวิชาการ โดยสามารถร่วมกันอธิบายได้ร้อยละ 23.44

วงศ์เดือน จันทรงาม (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ ทำการศึกษาจากคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ 19 แห่ง จำนวน 199 คน ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในเชิงบวก ได้แก่ ระบบสนับสนุนขององค์กรในการบริหาร ลักษณะคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลการวางแผนการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล พฤติกรรมของแพทย์และพฤติกรรมของพยาบาล โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมของพยาบาล การวางแผนการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลและระบบสนับสนุนขององค์กรในการบริหาร สามารถร่วมกันทำนายการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ได้ร้อยละ 39.64

จุฑามาศ สิ้นประจักษ์ผล (2539 : 129-134) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสถานอนามัยระดับตำบล ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำการศึกษาจากหัวหน้าสถานอนามัยระดับตำบล จำนวน 293 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้บทบาทหน้าที่และความพึงพอใจในงาน ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนาย ผลการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 9.34

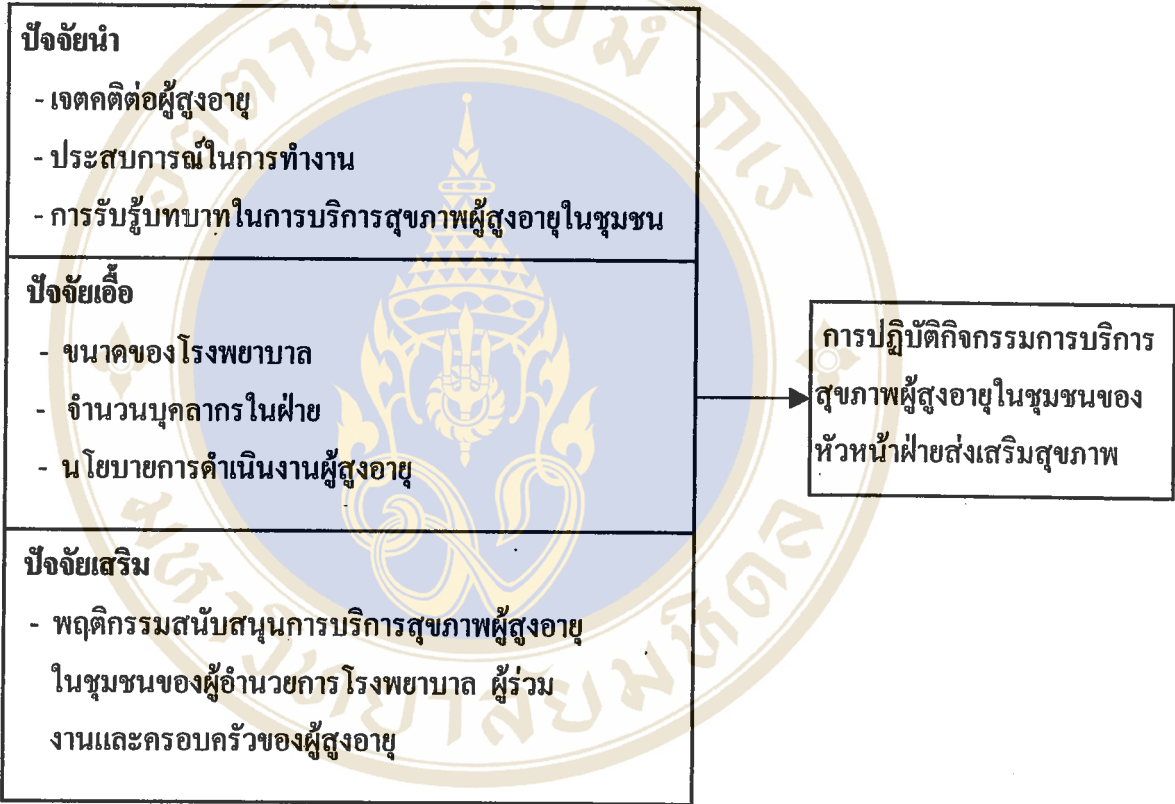
อัชฌา แวงม่วงชุม (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประสานงานอนามัยแม่และเด็ก ของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน ทำการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่ายทุกฝ่ายและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาล

ชุมชนทั่วประเทศจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการประสานงานอนามัยแม่และเด็ก คือ นโยบายของหน่วยงาน การวางแผนงาน การมอบหมายหน้าที่ การติดต่อสื่อสารและปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการประสานงานอนามัยแม่และเด็กคือการจัดสรรทรัพยากรการบริหาร

นพรัตน์ อารยพัฒนกุล (2540:บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาจากหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด จำนวน 224 คน ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยรวม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 77.2 และร้อยละ 90.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน คือปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงานระดับ (ซี) เงินเดือน ส่วนแรงจูงใจ ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน ปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพได้คือปัจจัยจูงใจ ประสบการณ์การทำงาน และปัจจัยค้ำจุน โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 31.56

จากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยต่าง ๆ ไม่พบว่ามิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในปัจจุบันผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น ๆ ซึ่งจากการเพิ่มของประชากรวัยสูงอายุนี้ทำให้มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอนามัย แต่เนื่องจากสังคมได้มองข้ามความสำคัญของผู้สูงอายุมาตลอด ทำให้การบริการผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ แม้กระทั่งการส่งเสริมสุขภาพดำเนินอยู่ในวงแคบ บุคลากรสาธารณสุขเคยชินและเน้นการส่งเสริมสุขภาพในวัยอื่น ๆ มากกว่าวัยผู้สูงอายุ และตัวของผู้สูงอายุเองก็มีลักษณะเฉพาะที่ต่างไปจากวัยอื่น ๆ ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีเจตคติที่ดีและรับรู้บทบาทหน้าที่ที่จะสามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพได้ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยตรง หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจึงเปรียบเสมือนบุคลากรที่เป็นหลักในการดำเนินงานเพื่อให้การบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จะต้องศึกษาถึงปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ดังที่กรีนและคณะ Green, et al., 1980) กล่าวไว้คือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพหรือรักษาราชการแทน ตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนทั้งหมด 255 แห่งจาก 19 จังหวัด (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2542)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากประชากรที่ศึกษาทั้งหมดนำมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของคอคเครน (Cochran, 1977: 76-78) ตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \frac{Z^2 \alpha_2 CV^2}{r^2}$$

N = จำนวนประชากร คือ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 255 คน

n = ขนาดตัวอย่าง หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

Z_{α_2} = คะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$

$Z_{\alpha/2}$ = คะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$

α = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณจะผิดไปจากค่าจริงที่กำหนดไว้
กำหนด $\alpha = 0.05$

CV = ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation) $s / \bar{x}$

ซึ่งได้จากการทำการสำรวจนำร่อง (Pilot survey) จากแบบสอบถามส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ค่า $s = 0.9638$, $\bar{x} = 4.03$ ดังนั้น $CV = 0.239$

r = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ (relative error) กำหนดไว้ $= 0.02$

แทนค่าสูตร

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (0.239)^2}{(0.02)^2} = 548.59$$

$$n = \frac{548.59}{1 + \frac{548.59}{255}} = 174.08 = 175$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 175 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง

เลือกหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จากรายชื่อพยาบาลชุมชน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ดังนี้

1. นำบัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งหมด 19 จังหวัด มาเรียงลำดับจังหวัดเรียงตามตัวพยัญชนะ ขนาดโรงพยาบาลจากมากไปหาน้อย ใช้หมายเลขเรียงลำดับตั้งแต่ 001 ถึง 255

2. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย(Simple random sampling)โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Table of random numbers) จนครบจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 175 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพ
ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 37 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ
จำนวน 5 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการ
สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วม
งานและครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 6 | แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการปฏิบัติบริการสุขภาพ
ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 33 ข้อ |
| ส่วนที่ 7 | แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม
การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 ข้อ |

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามมี 7 ส่วน ซึ่งรายละเอียดของแบบสอบถามมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา การศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน อายุราชการ ประสบการณ์ในการทำงาน ขนาดของโรงพยาบาล การมีคลินิกและชมรมผู้สูงอายุ จำนวนบุคลากรของฝ่าย การฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง มีจำนวนคำถามในส่วนนี้ 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อผู้สูงอายุของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับประกอบด้วยคำถามเชิงบวก (Positive) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,2,3,5,9,10,11,12,15,16 เป็นข้อคำถามเชิง

ลบ (Negative) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4,6,7,8,13,14 คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนน ข้อความเชิงบวก	คะแนน ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผล คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนน การใช้คะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977 : 174) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับการวัดที่ต้องการ

สูตร ช่วงคะแนนในชั้น =
$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{80 - 16}{3} = 21.3$$

ดังนั้นจะได้เกณฑ์คะแนนดังต่อไปนี้

ช่วงคะแนน	คะแนน
(16.0 - 37.3)	ระดับเจตคติต่ำ
(37.4 - 58.6)	ระดับเจตคติปานกลาง
(58.7 - 80.0)	ระดับเจตคติสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 37 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้บทบาทด้านบริหารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย คำถาม 10 ข้อ
2. การรับรู้บทบาทด้านบริการเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย คำถาม 14 ข้อ

3. การรับรู้บทบาทด้านวิชาการเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย คำถาม 13 ข้อ

แบ่งคะแนนการรับรู้บทบาทเป็น 5 ระดับ

การรับรู้บทบาท	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปรผลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนน การใช้คะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977 : 174) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับการวัดที่ต้องการ

สูตร ช่วงคะแนนในชั้น =
$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{185 - 37}{3} = 49.3$$

ดังนั้นจะได้เกณฑ์คะแนนดังต่อไปนี้

ช่วงคะแนน	คะแนน
(37.0 - 86.3)	การรับรู้บทบาทต่ำ
(86.4 - 135.7)	การรับรู้บทบาทปานกลาง
(135.8 – 185.0)	การรับรู้บทบาทสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ และมีระดับของการให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

การได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3

ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปรผล คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนน การใช้คะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977 : 174) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับการวัดที่ต้องการ

สูตร ช่วงคะแนนในชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}}$ = $\frac{25 - 5}{3}$ = 6.6

ดังนั้นจะได้เกณฑ์คะแนนดังต่อไปนี้

ช่วงคะแนน	คะแนน
(5.0 – 11.6)	ได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายต่ำ
(11.7 – 18.3)	ได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายปานกลาง
(18.4 - 25.0)	ได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และมีระดับของการให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

การได้รับพฤติกรรมสนับสนุน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปรผล คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนน การใช้คะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977 : 174) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับการวัดที่ต้องการ

สูตร ช่วงคะแนนในชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}}$ = $\frac{100 - 20}{3}$ = 26.6

Copyright by Mahidol University

ดังนั้นจะได้เกณฑ์คะแนนดังต่อไปนี้

ช่วงคะแนน	คะแนน
(20.0 - 46.6)	พฤติกรรมสนับสนุนต่ำ
(46.7 -73.3)	พฤติกรรมสนับสนุนปานกลาง
(73.4 - 100.0)	พฤติกรรมสนับสนุนสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากมาตรฐานเชิงกระบวนการของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 2540 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 33 ข้อ และมีระดับของการให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

การปฏิบัติ	คะแนน
ปฏิบัติมากที่สุด	5
ปฏิบัติมาก	4
ปฏิบัติน้อย	3
ปฏิบัติน้อยที่สุด	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1

การแปรผล คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนน การใช้คะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977 : 174) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับการวัดที่ต้องการ

สูตร

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{165 - 33}{3} = 44.0$$

ดังนั้นจะได้เกณฑ์คะแนนดังต่อไปนี้

ช่วงคะแนน	คะแนน
(33.0 - 77.0)	ระดับต่ำ
(77.1 - 121.0)	ระดับปานกลาง
(121.1 - 165.0)	ระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษา 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ เพื่อหาความตรงในเนื้อหา และความเหมาะสมที่จะใช้เก็บข้อมูล แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนในภาคกลาง โดยการสุ่มตัวอย่างหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 34 คน ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน - 15 กรกฎาคม 2543 แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)

ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 2	แบบวัดเจตคติต่อผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูง

ส่วนที่ 7

อายุในชุมชน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

3. นำแบบสอบถามที่ได้รับปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึง นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด 19 จังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวอย่าง 175 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แล้วส่งแบบสอบถามให้หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกรอกเอง โดยส่งทางไปรษณีย์ กำหนดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน - 1 พฤศจิกายน 2543 แล้วให้ส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ในรายที่ไม่ตอบจะส่งจดหมายและแบบสอบถามไปอีกครั้ง ให้เวลาในการตอบ 1 - 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามคืนมาทั้งหมด 165 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.28

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ ได้พบว่า มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 163 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.14 นำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

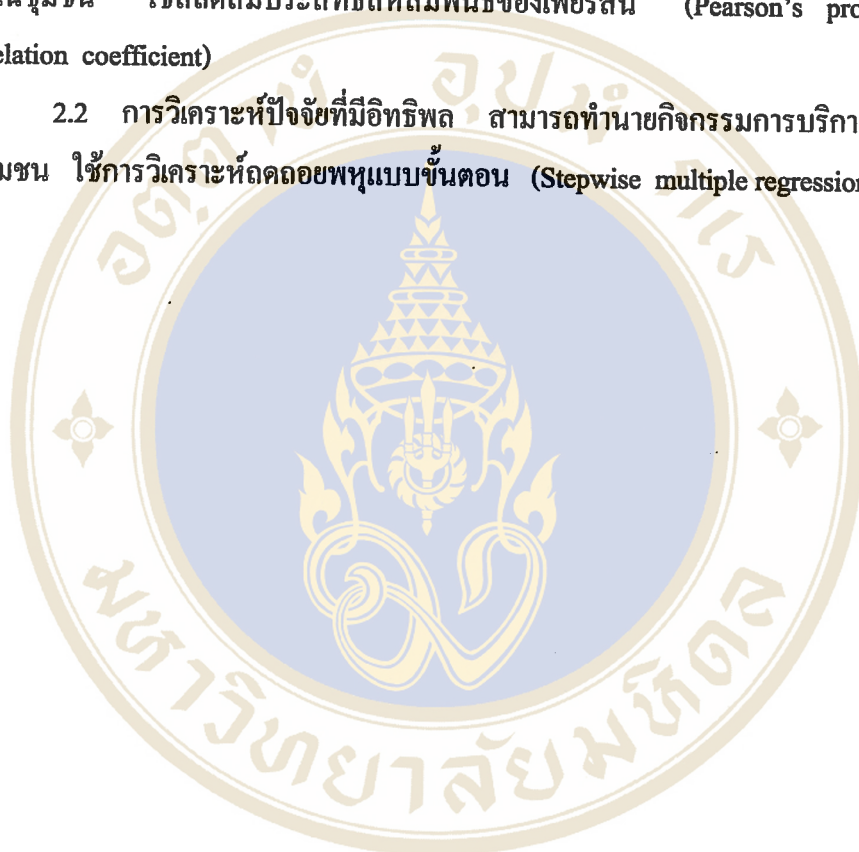
1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ พิสัยคะแนนตามเกณฑ์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป ระดับเจตคติต่อผู้สูงอายุ ระดับการรับรู้บท

บาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับการได้รับการพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุและระดับกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytic statistics)

2.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพล สามารถทำนายกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ จำนวน 163 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)			
	22 - 29	13	8.0
	30 - 39	116	71.2
	40 - 49	28	17.1
	50- 55	6	3.7
	รวม	163	100.0
อายุเฉลี่ย 36.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.5 ปี			
เพศ			
	ชาย	21	12.9
	หญิง	142	87.1
	รวม	163	100.0
สถานภาพสมรส			
	โสด	38	23.3
	คู่	118	72.4
	หม้าย, หย่า	3	1.8
	แยก	4	2.5
	รวม	163	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล(ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ประกาศนียบัตร, อนุปริญญา	9	5.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	140	85.9
ปริญญาโท	14	8.6
รวม	163	100.0
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	47	28.8
พยาบาลวิชาชีพ	108	66.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน	4	2.5
พยาบาลเทคนิค	4	2.5
รวม	163	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล(ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุราชการ (ปี)		
< 1ปี	1	0.6
1 – 4	7	4.3
5 – 9	16	9.8
10 – 14	59	36.2
15 – 19	56	34.4
20 – 24	14	8.5
25 – 29	5	3.1
30 - 34	5	3.1
รวม	163	100.0
อายุเฉลี่ย 14.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.9 ปี		
อายุต่ำสุด 0.5 ปี อายุสูงสุด 34 ปี		
ระดับตำแหน่ง		
ระดับ 3	2	1.2
ระดับ 4	9	5.5
ระดับ 5	25	15.3
ระดับ 6	52	31.9
ระดับ 7	75	46.1
รวม	163	100.0

จากตารางที่ 1

อายุ พบว่า ส่วนใหญ่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40-49 ปี และช่วงอายุ 22-29 ปี ร้อยละ 17.1 และ 8.0 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.5

เพศ ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 87.1

สถานภาพสมรส ส่วนมากร้อยละ 72.4 มีสถานภาพสมรสอยู่ รองลงมาเป็นโสด คือ ร้อยละ 23.3 และหม้าย หย่า แยก เป็นส่วนน้อยร้อยละ 4.3

วุฒิการศึกษาสูงสุด ส่วนมากมีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 85.9 รองลงมาคือระดับปริญญาโทและระดับอนุปริญญา ร้อยละ 8.6 และ 5.5 ตามลำดับ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.3 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและรองลงมานักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนเป็นร้อยละ 28.8 , 2.5 และ 2.5 ตามลำดับ

อายุราชการ ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ในช่วง 10-14 ปี ร้อยละ 36.2 รองลงมาคือ ในช่วง 15-19 ปี ร้อยละ 34.4 และในช่วง 20-24 ปี ร้อยละ 8.5 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย เท่ากับ 14.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.9

ระดับตำแหน่ง (พี.ซี) พบว่า ส่วนมากมีระดับในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ 7 ร้อยละ 46.1 รองลงมา คือ ระดับ 6 และระดับ 5 ร้อยละ 31.9 และ 15.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามการมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การมีชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบและ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล		
มี	105	64.4
ไม่มี	58	35.6
รวม	163	100.0
ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ		
มี	156	95.7
ไม่มี	7	4.3
รวม	163	100.0
การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ		
เคย	81	49.7
ไม่เคย	82	50.3
รวม	163	100

จากตารางที่ 2

โรงพยาบาลที่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่ ส่วนมากจะมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลร้อยละ64.4 และไม่มีคลินิกผู้สูงอายุร้อยละ 35.6. ส่วนมากจะมีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 95.7 และไม่มีชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 4.3 ส่วนใหญ่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.3 และที่เคยได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 49.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

2.1 ข้อมูลปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับเจตคติต่อผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และระดับการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ	พิสัยคะแนนตามเกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติต่อผู้สูงอายุ			
ระดับต่ำ	(16.0-37.3)	0	0.0
ระดับปานกลาง	(37.4-58.6)	22	13.5
ระดับสูง	(58.7-80.0)	141	86.5
รวม		163	100.0
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ปี)			
<1ปี		15	9.2
1 – 4		55	33.7
5 – 9		41	25.2
10 – 14		36	22.1
15 –19		13	8.0
20 ⁺		3	1.8
รวม		163	100.0
การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน			
ระดับต่ำ	(37.0-86.3)	3	1.8
ระดับปานกลาง	(86.4-135.7)	32	19.6
ระดับสูง	(135.8-185.0)	128	78.5
รวม		163	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า เจตคติต่อผู้สูงอายุของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 86.5 :ร้อยละ 13.5 อยู่ในระดับปานกลาง และ ไม่พบว่ามีเจตคติอยู่ในระดับต่ำ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานส่วนมากพบในช่วง 1-4 ปี ร้อยละ 33.7 รองลงมาคือ ในช่วง 5-9 ปี ร้อยละ 25.2 และใน ช่วง 10-14 ปี ร้อยละ 22.1 โดยมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเฉลี่ย เท่ากับ 6.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.2 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 78.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 19.6 และ 1.8 ตามลำดับ





2.2 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและนโยบายการดำเนินงานของผู้สูงอายุ ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ	พิสัยคะแนนตามเกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน (เตียง)			
10		14	8.6
30		94	57.7
60		43	26.4
90		11	6.7
120		1	0.6
รวม		163	100.0
จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ (คน)			
2-4		109	66.9
5-7		54	33.1
รวม		163	100.0
จำนวนเฉลี่ย 4 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1 คน			
ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 7 คน			
นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ			
ระดับต่ำ	(5.0-11.6)	15	9.2
ระดับปานกลาง	(11.7-18.3)	66	40.5
ระดับสูง	(18.4-25.0)	82	50.3
รวม		163	100.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ร้อยละ 57.7 รองลงมา คือ 60 เตียงและ 10 เตียง ร้อยละ 26.4 และ 8.6 ตามลำดับ จำนวนบุคลากรในฝ่าย พบว่าส่วนมากมีอยู่ในช่วง จำนวน 2-4 คน ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือ ช่วง จำนวน 5-7 คน เป็นร้อยละ 33.1 โดยเฉลี่ยจำนวน 4 คน ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 7 คน ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานของผู้สูงอายุ ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 40.5 และ 9.2 ตามลำดับ

2.3 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม	พิสัยคะแนนตามเกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสนับสนุน			
ระดับต่ำ	(20.0-46.6)	3	1.8
ระดับปานกลาง	(46.7- 73.3)	72	44.2
ระดับสูง	(73.4-100)	88	54.0
รวม		163	100.0
คะแนนเฉลี่ย 73.85 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.12			

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความคิดเห็นของการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 44.2 และ 1.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	พิสัยคะแนนตามเกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(33.0-77.0)	3	1.8
ระดับปานกลาง	(77.1-121.0)	59	36.2
ระดับสูง	(121.1-165.0)	101	62.0
รวม		163	100.0
คะแนนเฉลี่ย 125.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		18.77	

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 62.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 36.2 และ 1.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 7 คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ตัวแปรที่ศึกษา	การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	
	คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ปัจจัยนำเข้า		
- เจตคติต่อผู้สูงอายุ	0.2439	0.002**
- ประสิทธิภาพในการทำงาน	0.1108	0.159
- การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	0.5119	<0.001**
ปัจจัยเอื้อ		
- ขนาดของโรงพยาบาล	0.0368	0.641
- จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	0.0122	0.878
- นโยบายการดำเนินงานของผู้สูงอายุ	0.4571	<0.001**
ปัจจัยเสริม		
- พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ	0.5527	<0.001**

** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เจตคติต่อผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพในการทำงาน การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ปัจจัยเอื้อคือ ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริมคือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. เจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.2439$, $P\text{-value} = 0.002$)
2. ประสิทธิภาพในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.1108$, $P\text{-value} = 0.159$)
3. การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = 0.5119$, $P\text{-value} < 0.001$)
4. ขนาดของโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.0368$, $P\text{-value} = 0.641$)
5. จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.0122$, $P\text{-value} = 0.878$)
6. นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = 0.4571$, $P\text{-value} < 0.001$)
7. พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = 0.5527$, $P\text{-value} < 0.001$)

ส่วนที่ 5 ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 8 สรุปการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ตัวแปร	b	Beta	R	R ²	R ² _{adj}	F
ขั้นที่1						
- พฤติกรรมสนับสนุน การบริการสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ	0.7902	0.5526	0.5526	0.3054	0.3011	70.8035**
ขั้นที่2						
- พฤติกรรมสนับสนุน การบริการสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและ ครอบครัวผู้สูงอายุ	0.5460	0.3818				
- การรับรู้บทบาทใน การบริการสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน	0.2388	0.2732	0.5923	0.35093	0.3428	43.2534**
ค่าคงที่ $b_0 = 50.2085$						

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 8 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โดยมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เป็นตัวทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เมื่อเริ่มการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวทำนาย ตัวแรกที่ถูกเลือกคือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ 0.3054 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งแสดงว่าพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ สามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ร้อยละ 30.54 ตัวทำนายที่ถูกเลือกขึ้นที่ 2 คือ การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ 0.3509 โดยเพิ่มค่าสัมประสิทธิ์การทำนายขึ้นเป็นร้อยละ 35.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษาภายหลังการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน สรุปได้ว่าตัวแปรที่ทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่ดีที่สุด คือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ และการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 35.09

ดังนั้นสมการถดถอยที่ดีในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เป็นดังนี้

$$y = b_0 + b_1 x_1 + b_2 x_2$$

เมื่อ y = การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

b_0 = ค่าคงที่ (constant value)

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

x_1 = พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงาน และครอบครัวผู้สูงอายุ

x_2 = การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ คือดังนี้

การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน = $50.2085 + 0.5462$ (พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาลผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ) + 0.2388 (การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน)

ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	123	75.5
การสนับสนุนด้านงบประมาณในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ	111	68.1
การนิเทศงานเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไม่ต่อเนื่อง	108	66.3
การติดต่อสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพ	103	63.2
มีปัญหาในการทำงานเป็นทีม	91	55.8
คู่มือเอกสาร ตำรา วารสารและ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานไม่เพียงพอ	80	49.1
เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน	78	47.9
เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	76	46.6
เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	65	39.9
เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจวิธีการจัดกิจกรรมสำหรับบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	62	38.0

จากปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จะเห็นว่าการดำเนินงานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่บ้าง ได้แก่ ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ร้อยละ 75.5 มากที่สุด รองลงมาการสนับสนุนด้านงบประมาณไม่เพียงพอ และการนิเทศงานเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่ต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 68.1 และร้อยละ 66.3 ตามลำดับ

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

1. ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.0 มีการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูง และมีเพียงร้อยละ 1.8 อยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นรายข้อตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 1 ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการค้นหา ตรวจ วินิจฉัย คัดกรอง ผู้สูงอายุในรายปกติและรายผิดปกติ (ตารางผนวกที่ 6) พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติได้มากที่สุดได้แก่ การจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ การสำรวจค้นหา และบริการตรวจวินิจฉัย แต่ยังมีบางกิจกรรมที่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติได้น้อย คือ การบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยโรคลงในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนมาตรฐานที่ 2 ได้แก่การเฝ้าระวังให้การพยาบาลผู้สูงอายุในรายปกติและผิดปกติ (ตารางผนวกที่ 6) พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติได้มากที่สุดได้แก่ มีการส่งต่อผู้สูงอายุในรายที่ต้องการดูแลรักษา ให้คำแนะนำปรึกษาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรายปกติและผิดปกติได้ตามปัญหาและความต้องการ ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาและความต้องการ มีการจัดตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรายที่ไม่ให้ความร่วมมือและแสดงอาการต่อต้าน การสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุก่อนให้การปฏิบัติกิจกรรม การประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การบันทึกผลการติดตามเยี่ยมในสมุดบันทึกสุขภาพอย่างต่อเนื่องและการติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ และในมาตรฐานที่ 3 ได้แก่การสนับสนุนบุคคลในครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ภาคผนวกที่ 6) พบว่าร้อยละ 93.2 ทำการรณรงค์วันผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์จัดให้มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระตุ้นและสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง

ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย ได้แก่ การประเมินการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะเยี่ยมบ้านและเมื่อมารับบริการ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า จากการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ได้มีการผสมผสานกับงานด้านอื่น ๆ และนอกจากนี้ยังพบว่า มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินงานร่วมกัน เช่น กลุ่มงานการพยาบาลซึ่งได้จัดให้มีคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนเช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกสุขภาพจิตและคลินิกวัยทอง ซึ่งกระทำกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกันคือผู้สูงอายุ และการปฏิบัติกิจกรรมจะคล้ายคลึงกัน จึงทำให้การปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในส่วนของการปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในระดับสูงนั้นอาจเนื่องมาจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมประเพณีไทยเป็นลักษณะสังคมที่มีความผูกพันในเครือญาติค่อนข้างแน่นหนา โดยเฉพาะสังคมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอยู่ในครอบครัวขยายประกอบด้วยคนไทยมีความกตัญญูรู้คุณ รักษาขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ดังจะเห็นได้จากวันสำคัญ ๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ บุตรหลานจะกลับบ้านเพื่อไปรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปีเพื่อแสดงถึงความกตัญญูต่เวทีตา แต่บางกิจกรรมที่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพได้ปฏิบัติเป็นส่วนน้อยเช่น ขาดการลงบันทึกในสมุดสุขภาพผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีการตรวจสุขภาพประจำปีก็ตาม อาจอธิบายได้ว่า สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุลืมเอาสมุดมาลงบันทึกหรือบันทึกเองไม่เป็น ไม่มีที่จัดเก็บให้เป็นระบบระเบียบ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเองไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการลงบันทึก รวมถึงการประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและการประเมินผลการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะเยี่ยมบ้านและเมื่อมารับบริการ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ควรจะได้รับความคิดเห็นไปปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อผู้สูงอายุกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า เจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.2439$, $P\text{-value} = 0.002$) เนื่องจากเจตคติเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Triandis 1971 : 12) ดังนั้นเมื่อหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีเจตคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ก็จะทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน ซึ่งอรุณ รักธรรม (2526 : 320) กล่าวว่า การมีเจตคติที่ดีต่องานนั้นนับว่าเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเจตคติมีคุณสมบัติของแรงจูงใจในอันที่จะทำให้บุคคลประเมินและเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งหมายความว่าไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงด้วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ รัตน์ปัญญา (2533 : 73) ที่พบว่า เจตคติต่อการใช้กระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิราภรณ์ ระดาวิริยะกุล (2537 : 98) ที่พบว่า เจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุและผลการศึกษาของ ดวงตา นิ่มศรีทอง (2540 : 95) ที่พบว่า เจตคติต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน แต่ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534 : 65) ที่พบว่าเจตคติต่องานสุขภาพจิตชุมชนของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของงานที่ปฏิบัติและความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการทำงานกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.1108$, $P\text{-value} = 0.159$) อภิปรายได้ว่า ถึงแม้หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจะมีประสบการณ์ในการทำงานสูง คือ การปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลาหลายปี ก็ไม่ได้ช่วยทำให้กิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 5 – 14 ปี ถือว่าเป็นผู้ที่มียุวกะ มีความเชี่ยวชาญ เป็นผู้ที่มีความสามารถ ซึ่งระยะเวลาและสามารถสั่งสมความรู้ ความสามารถได้ใกล้เคียงกันและประสบการณ์ในการทำงานไม่ได้เป็นการประกันว่า คนที่ทำงานมานานกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่าคนที่ทำงานน้อย ทั้งนี้เพราะว่าแต่ละวันที่ทำงานย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน (เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ 2522 : 131 – 132)

สอดคล้องกับการศึกษาของวิราภรณ์ ระดาวิริยะกุล(2537:98) พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลประจำจังหวัด

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.5119$, $P\text{-value} < 0.001$) ที่ระดับ 0.01 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ถ้ามีการรับรู้บทบาทสูงจะทำให้การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสูงไปด้วยเช่นกัน ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ ออร์แกน และเบทแมน (Organ and Bateman 1986 : 284) ที่ว่าการรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานและเป็นไปตามแนวคิดของพอร์เตอร์ และ ลอเลอร์ (Porter and Lowler 1959 ; 24) ที่กล่าวได้ว่าการรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งถ้าหากรับรู้บทบาทไม่ถูกต้องแล้วผลการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ สอดคล้องกับการศึกษาของนพพร การถัก (2535:81) ที่พบว่าการรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กทั้งรายชื่อและรายด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ สีนประจักษ์(2539:136) ที่พบว่าการรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและผลการศึกษาของ ดวงตา นิมศรีทอง (2540:113) ที่พบว่าการรับรู้บทบาทของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของโรงพยาบาลกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ขนาดของโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.0368$ $P\text{-value} = 0.641$) อภิปรายได้ว่า ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นเป็นการดำเนินงานที่ต้องใช้งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการทำแผนงานหรือโครงการและการดำเนินงานด้านสุขศึกษาและแบบฟอร์มสมุดลงบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุและอื่น ๆ ก็ตาม แต่จากการศึกษาพบว่า

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานในแต่ละปีงบประมาณนั้นไม่สิ้นเปลืองมากนักและวัสดุอุปกรณ์ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อาทิ สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ภาพพลิก คลิปเทปความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและวิถีโอ เป็นต้น รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปีเช่นมีการชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ล้วนเป็นวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณอยู่แล้ว ดังนั้นในการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในปีที่ผ่านมา จึงอาศัยงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากโรงพยาบาลน้อยมาก ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ขนาดของโรงพยาบาลกับกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของปราณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534 : 85) พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของชูชัย ศุภวงศ์และคนอื่น ๆ (2530 : 233 – 239) ศึกษาเรื่อง การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบว่า โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีศักยภาพในการปฏิบัติงานได้มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการศึกษาของสมพร อิทธิเดชพงศ์ (2530) พบว่าขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านวิชาการ บริหารบริการและผลการปฏิบัติงานโดยรวมของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาพบว่าจำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.0122$, $P\text{-value} = 0.878$) อภิปรายได้ว่า การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ผสมผสานกับงานรักษาพยาบาลทั่ว ๆ ไป ไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรในฝ่ายส่งเสริมมากนักก็ได้ ซึ่งทีมสุขภาพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ กายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่น ๆ ดำเนินงานอยู่แล้ว เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมในวันสงกรานต์มีการรดน้ำดำหัว วันขึ้นปีใหม่ ดังนั้นจำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534 : 86) พบว่า จำนวนบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในชุมชน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.4571$, $P\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในชุมชน อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เลวีส์ และ ลูมบา (Lervey and Loomba 1973 : 270) กล่าวว่า การวางแผนจะเป็นแนวทางให้ทราบพฤติกรรมองค์การ เมื่อหัวหน้าฝ่ายและบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพทราบกลวิธีในการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมองค์การ ก็จะทำให้ปฏิบัติตนได้ถูกต้องและบรรลุวัตถุประสงค์ได้ นอกจากนี้ Longest (1980 : 61) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การวางแผนจะนำไปสู่การกำหนดวิธีเพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของปราณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534 : 88) พบว่า ฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่มีแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกและผลการศึกษาของอัชฌา แขวงม่วงชุม (2539 : 104) ที่พบว่า นโยบายของหน่วยงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการประสานงานอนามัยแม่และเด็ก แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา เตชะไพโรจน์ (2533 : 75) ที่พบว่า การรับรู้ นโยบายหน่วยงานที่ส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ซึ่งอธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากความแตกต่างกันของลักษณะงานที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุในชุมชน กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.5527$, $P\text{-value} < 0.001$) นั่นคือ ถ้าหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและได้รับคำแนะนำจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ จะทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้นได้ อาจกล่าวได้ว่าผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุล้วนมีความสำคัญ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจะดำเนินไปได้ดี

เพียงใดขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของบุคลากรกลุ่มนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรีนและคนอื่น ๆ (Green et. al : 1980 : 78) ที่กล่าวว่าปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด แหล่งเสริมแรงจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบุคลากรที่ร่วมในโครงการแต่ละโครงการ การเสริมแรงจะมีนโยบายทางบวกหรือลบนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเสริมแรงของบุคลากรในโครงการนั้นเป็นสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ รัตนธัญญา (2533 : 85) ที่พบว่า พฤติกรรมของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และผลการศึกษาของ ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534 : 89) พบว่า ฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์กัน

5.การศึกษาตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้แก่ การได้รับพฤติกรรมสนับสนุนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ และการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โดยการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายเป็นตัวแรกและสามารถทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 30.54 และตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการสุดท้าย คือ การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นสามารถร่วมกันทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 35.09 ดังนั้นในการทำนายตามขั้นตอนที่นำมาวิเคราะห์จะสามารถทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 35.09 และเมื่อพิจารณาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระในสมการถดถอยกับตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.5460 และการรับรู้บทบาทในการ

บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรสุดท้าย มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.2388

จึงสรุปได้ว่า ถ้าต้องการจะส่งเสริมให้มีการการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องพิจารณาตัวแปรที่ได้ศึกษามาแล้ว กล่าวคือการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างจริงจังจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เช่น สนับสนุนงบประมาณและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเพื่อนร่วมงานก็ต้องสนับสนุนเสริมแรงให้มีการจัดโครงการหรือกิจกรรม และต้องกระตุ้นครอบครัวของผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมด้วย นอกจากนี้จะต้องส่งเสริมให้หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องทั้งในด้านการบริหาร การบริการและด้านวิชาการเพื่อจะนำไปสู่การการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของกรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter , 1991 : 22- 31 , 152 – 153) ที่ได้เสนอว่า พฤติกรรมของบุคคลานั้น “ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ” (Multiple Factors) ปัจจัยแต่ละอย่างจะมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นการดำเนินงานหรือเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลในองค์กรจะต้องพิจารณาองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนหรือกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 6

สรุป ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 255 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย(Simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นประชากรศึกษามีจำนวนทั้งหมด255 คนและใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของคอกเครน (Cochran, 1977: 76-78)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ชุด ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 7 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อผู้สูงอายุ ส่วนที่3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 6 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และส่วนที่ 7 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนในภาคกลาง แล้วนำกลับมาหา ความเที่ยง (Reliability) ของส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 ส่วนที่ 5 ส่วนที่ 6 และส่วนที่ 7 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 ,0.94, 0.88 , 0.94 , 0.95 และ0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามให้ตอบกลับทางไปรษณีย์ ใช้เวลาในการตอบกลับทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 163 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.14

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในด้านลักษณะทั่วไปของประชากร ระดับของตัวแปรในปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พร้อมทั้งใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ในการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเป็นตัวทำนาย

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพส่วนมาก มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 71.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 ส่วนมาก ร้อยละ 72.4 มีสถานภาพสมรสอยู่ ส่วนมากจบวุฒิการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาลปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 85.9 รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 8.6 ปฏิบัติงานใน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและรองลงมาคือนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 66.3 และ 28.8 ตามลำดับ อายุราชการ พบว่า ส่วนมากมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ในช่วง 10-14 ปี ร้อยละ 36.2 โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 14.8 ปี ส่วนมากปฏิบัติงาน อยู่ในระดับ 7 ร้อยละ 46.1 รองลงมา คือ ระดับ 6 และระดับ 5 ร้อยละ 31.9 และ 15.3 ตามลำดับ ส่วนมากจะมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลร้อยละ 64.4 และมีชมรมผู้ สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบในชุมชน ร้อยละ 95.7 และ เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูง อายุ ร้อยละ 50.3

2. ปัจจัยนำ

2.1 เจตคติต่อผู้สูงอายุ

พบว่าหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 86.5 มีเจตคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงรองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 13.5 และไม่พบในระดับต่ำ

2.2 ประสบการณ์ในการทำงาน

พบว่าหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในช่วง 1-4 ปี ร้อยละ 33.7 รองลงมาคือ ในช่วง 5-9 ปี ร้อยละ 25.2 และในช่วง 10-14 ปี ร้อยละ 22.1 โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 6.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.2 ปี

2.3 การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่าหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 78.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 19.6 และ 1.8 ตามลำดับ

3. ปัจจัยเอื้อ

3.1 ขนาดของโรงพยาบาล

พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 30 เตียง ร้อยละ 57.7 รองลงมา คือ 60 เตียง และ 10 เตียง ร้อยละ 26.4 และ 8.6 ตามลำดับ

3.2 จำนวนของบุคลากรในฝ่าย

พบว่าส่วนมากมีอยู่ในช่วง จำนวน 2-4 คน ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือ ช่วง จำนวน 5-7 คน ร้อยละ 33.1 โดยเฉลี่ยจำนวน 4 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1 ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 7 คน

3.3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานของผู้สูงอายุ

พบว่าส่วนใหญ่ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 40.5 และ 9.2 ตามลำดับ

4. ปัจจัยเสริม

4.1 พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 44.2 และ 1.8 ตามลำดับ

5.ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

5.1 ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 62.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 36.2 และ 1.8 ตามลำดับ

6.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

6.1 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1. ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6.1.1 เจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.01 ($r = 0.2439$, $P\text{-value} = 0.002$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.1 นั่นคือ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่มีเจตคติต่อผู้สูงอายุดีจะมีการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดี

6.1.2 ประสิทธิภาพในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.1108$, $P\text{-value} = 0.159$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1.2 แสดงว่า แม้หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จะมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงก็ตาม ไม่มีส่วนในการส่งเสริมกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6.1.3 การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.01 ($r = 0.5119$, $P\text{-value} < 0.001$) เป็นไปตามข้อสมมติฐานข้อที่ 1.3 นั่นคือ การที่หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ได้รับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดีจะทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดีด้วย

6.2 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2. ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6.2.1 ขนาดของโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ

สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.0368$, $P\text{-value} = 0.641$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐาน ข้อที่ 2.1 แสดงว่า แม้ว่าขนาดของโรงพยาบาลจะมีขนาดใหญ่ ก็ไม่มีส่วนในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6.2.2 จำนวนบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.0122$, $P\text{-value} = 0.878$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐาน ข้อที่ 2.2 แสดงว่า แม้ว่าจำนวนบุคลากรจะมากขึ้นก็ไม่มีส่วนในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้อยู่ในระดับดีได้

6.2.3 นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.4571$, $P\text{-value} < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2.3 นั่นคือ ถ้านโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนจะทำให้มีการการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดีด้วย

6.3 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6.3.1. พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาลผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.5527$, $P\text{-value} < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3.1 นั่นคือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูงการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จะอยู่ในระดับดีด้วย

7. การวิเคราะห์ถอดถอดพหุแบบขั้นตอน

การวิเคราะห์การถอดถอดพหุแบบขั้นตอนการทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ พบว่าตัวแปรที่ทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ที่ดีที่สุดมี 2 ตัว คือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ และการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยที่ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุมีอิทธิพลมากกว่า และสามารถทำนายระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ร้อยละ 30.54

และเมื่อเพิ่มการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เข้าร่วมในสมการทำนาย สามารถร่วมกันทำนายเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 35.09

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้พบว่า ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.0 และปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้คือ พฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวผู้สูงอายุ และการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้นำมาเป็นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้คือ

1. กำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและประกาศให้บุคลากรทราบโดยทั่วกันและเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานควรมีการจัดทำแผนการดำเนินงานหรือโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยวางแผนร่วมกันระหว่างผู้อำนวยการ ผู้ร่วมงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้เป็นรูปแบบมีความชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาในท้องถิ่นนั้น ๆ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ทั้งนี้ควรทำการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
2. สนับสนุนในด้านทรัพยากร เช่น บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะและงบประมาณ อย่างเพียงพอให้เหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน
3. สนับสนุนด้านวิชาการ โดยการจัดประชุมวิชาการและฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น
4. ควรพัฒนากรอบอัตรากำลังของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ กำหนดสายงาน บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมและของบุคลากรให้ครอบคลุมชัดเจนงานผู้สูงอายุให้ชัดเจนและเหมาะสมกับปริมาณงาน
5. ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ร่วมงานได้เข้ารับการฝึกอบรมและศึกษาเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย เพื่อจะได้เห็นภาพรวมของกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
2. ศึกษาหารูปแบบวิจัยเชิงทดลองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของการดำเนินงานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
3. การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
4. ศึกษาในลักษณะเดียวกันโดยพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ค่านิยมและคุณลักษณะประชากร ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบส่งผู้สูงอายุรักษาต่อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและบุคลากรในฝ่ายส่งเสริมอสม. ต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกวรรณ เวทศิลป์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยา กาญจนบุรานนท์. (2538). หน่วยที่1 เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 1 หน่วยที่1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่14). กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์.
- กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. (2524). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดินแดน กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดินแดน.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2537). คู่มือการดำเนินงานหลักสูตรการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2540). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสาธารณสุขภูมิภาค. (2542). รายชื่อสถานบริการสาธารณสุข ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ปี 2541. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา บุญรักษา. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในชุมชน ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติยา เตชะไพโรจน์. (2533). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณ์ ก้องสมุทร. (2532). การรับรู้บทบาทการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข.

(2540). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จุฑามาศ สีนประจักษ์.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสถานีนอามัยระดับตำบล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทนา รัตนฤทธิชัย และนิตยา ภาสุพันธ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2541). รายงานการวิจัยการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาล. 47 (3), 203 - 213.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และคณะ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

จินดารัตน์ โรม. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และบรรยากาศองค์การ กับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุวรรณ เหมะธรและจรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2541). มาตรฐานการพยาบาลผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบประชุมวิชาการเรื่อง มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข.

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2541. กรุงเทพมหานคร : โรงแรมสยามอินเตอร์คอนติเนนตัล.

เฉลิมพงศ์ มีสมนัย.(2535). “การวางแผนองค์การ”. เอกสารประกอบชุดวิชาองค์การและการจัดงานบุคลากรหน่วยที่1-8.มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมาธิราช

ชูชัย สุวงษ์และคณะ. (2530). การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ. วารสารแพทยสภาสาร. (กุมภาพันธ์), 223 -229.

ดวงใจ รัตนัญญา. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ดวงตา นิมศรีทอง.(2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลโรงพยาบาลประจำจังหวัดเขต1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิลกา ไตรไพบูลย์.(2531). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถวิล ธาราโกชน์.(2532). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2529). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- นพพร การถัก.(2535).ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพรัตน์ อารยพัฒนกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทัศนคติการวัดและการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- เปลื้อง ฌ นคร. (2525). พจนานุกรม ฉบับทันสมัย เล่มที่ 1. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- พวงทิพย์ ชัยภินาสถิตย์. (2528). “การปฏิบัติการพยาบาล”. เอกสารการสอนชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 8-1 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.

- พรทิพย์ อุ่นโหมต.(2532). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพ
บาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย..
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล .
- พิมลจรรย์ นามวัฒน์. (2526). องค์การและการจัดการ : แนวความคิดและทฤษฎีในองค์การและ
การจัดการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมา
ธิราช.
- ไพบุลย์ อินทวิชา. (2517). หลักและวิธีการวัดเจตคติ. กรุงเทพมหานคร : กองวิจัยการศึกษา
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- ยุวดี ถาษา และคณะ. (2537). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : บริษัท
สยามศิลป์การพิมพ์จำกัด.
- วงศ์เดือน จันทร์งาม. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจสอบคุณภาพพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2534). การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺. กรุง
เทพมหานคร : ชมรมผู้สนใจงานวิจัยทางการศึกษา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2530). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 1)
กรุงเทพมหานคร : บริษัทไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- วิราภรณ์ ระดาวิริยะกุล. (2537). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล
ผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์),
สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. (2535). ข้อพิจารณาในการหาขนาดตัวอย่างสำหรับงานสำรวจตัวอย่าง
วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 6 (2) , 129 – 133.
- สมพงษ์ เกษมสิน. (2517). การบริหาร. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- สมพงษ์ เกษมสิน. (2526). การบริหารงานบุคคลแผนใหม่. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- สมพร อธิธิเดชพงษ์. (2530). ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารงาน
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สาคร ใจพยอม. (2531). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2528).การสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการ
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพมหานคร:กองการพยาบาล
สุชาติ นิมมานนิตย์. (2540). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ.
วารสารกรมการแพทย์. 22 (9), 394 - 401.
- สุภาณี กาญจนจรี. (2535). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5).
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมณฑา สิทธิพงศ์กุล และคณะ. (2542). การศึกษากิจกรรมการพยาบาลอนามัยชุมชนของ
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์. 17
(1), 37 - 46.
- สุวรรณี รอดบำเรอ. (2534). ความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติงาน
เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล ศึกษา
เฉพาะกรณี จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
ประชากรศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2521). พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา. โครงการตำรามหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒพิษณุโลก.
- แสงทอง แหวมงาม. (2533). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุข
ด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง. วิทยา
นิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย วิเศษพันธุ์กุล.(2541).หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่1).ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.(2542).สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล.8 (1),1.
- อรุณ รักธรรม. (2528). การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ในองค์การ. ในเอกสารการสอนชุดวิชา
พฤติกรรมมนุษย์ในองค์การ หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.(พิมพ์ครั้งที่ 2)
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรุณ รักรธรรม. (2526). หลักมนุษยสัมพันธ์กับการบริหาร. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช
- อัชฌา แวงม่วงชุม. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประสานงานอนามัยแม่และเด็กของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษาพร ขวลิคนิธิกุล. (2539). การพยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. ในเอกสารประกอบชุดวิชาการเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน หน่วยที่ 8 - 15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่ 10), กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Allport, G.W.(1964).Pattern and growth in personality .,New York : Holt Rinhart and Winston.186-188.
- Best,J W. (1977). Research in Education. 3rd.ed.Engle wood clift, NJ:Prentice Hall.
- Coch ran, W.G. (1977). Sampling Tecniques. 3rd (editino). New York : John Wiley and Sons .
- Defriese, G. H. (1967). "Hospital Social Strure, the Professional Nurse and Paatient Care : A Study of Allenation From the Work Role." Lixington Univrsity of kentucky.
- Dyer,(1972). D. Elaine and others. "Can job performance be predicted from Biographical, Personality and Administrative Climate Invertories?," Nursing research.21(July-August).
- Gardner Linzey and Elliot Aronson. (1969).The Handbook of Social Psychology. 3rd ed. New York : Addison Wesley Publishing Co.
- Green ,L.W., et al. (1980). Health Education Planning : A Diagnostic Approach. California : May Field Publishing Co.
- Hilgard, E. R. (1962). Introduction to Psychology. 3rd ed. New York : Harcourt, Brace and World.
- Kirk, R. (1981). Nursing Management Tools. Boston : Little, Brown and Col.
- Levey and Loomba Longest , Beaufort B. (1980). Management Practices for the Health Professional. 2nd ed. Virginia : Reston Publishing Company, Inc. A Prentice Hall Company.



- Longest , L , Samucl and Loomba ,N. P . (1973). Health Care Administration : A Managerial Perspectives. Toronto : J.B. Lippicott Company .
- Monet , Frances and Evan , C.(1965). The role of the nurse in community mental health . New York : the macmillian.
- Organ, D.W. and Bateman, Thomas. (1986) Organization Behavior. 3rd ed. USA : Business Publication.
- Porter L.MW., Lowler III, Edward E. and Hackman Richard J. (1975). Behavior in Organization, New York : McGraw Hill.
- Scott,W. A.(1960). "Attitude Measurement ".In the handbook of social psychology . 2vol. 2nd ed. by Gardner Linzey Massachusetts: Addison Wesley Publishing Co.
- Thurstone, L.L. (1967). "Attitude can be measures" In Reading in Attitude Theory and Measurement. Edited by Martin Fishein. New York : John Wiley and Sons.
- Triandis, H. C. (1971). Attitude and Attitude Change. New York : John Wiley & Sons.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน

อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทร์เพ็ญ การิเวท

อาจารย์ประจำ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์อารียา สัพพะเลข

ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

4. อาจารย์กรรณิการ์ หาญสูงเนิน

อาจารย์ประจำ ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

5. อาจารย์ภิรมย์ลักษณ์ มีสัจจานนท์

อาจารย์ประจำ ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา



สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. หาความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ให้คะแนนเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

- เมื่อ
- n = จำนวนของแบบสอบถามส่วนนั้น
 - $\sum V_i$ = ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 - V_t = ความแปรปรวนของคะแนนรวม
 - α = ความเที่ยงของแบบสอบถาม

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์เพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient)

ข้อตกลงเบื้องต้น

- 1. ผลการวัดจากตัวแปรทั้งสองต้องเป็นค่าต่อเนื่องและมีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution)
- 2. ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองเป็นแบบเส้นตรง (Linear Relationship)

สูตร

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

- เมื่อ
- r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 - n = จำนวนคู่ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม
 - x = ค่าตัวแปรอิสระ
 - y = ค่าตัวแปรตาม

การแปรผล

1. ความสัมพันธ์ที่ได้เป็นการแสดงเพียงแต่ว่า การเกิดของสองอย่างหรือสองปรากฏการณ์นั้นเป็นไปตามกันหรือสอดคล้องกัน ค่า r เป็นบวก หรือกลับกันในกรณีที่ตรงกันข้าม ค่า r เป็นลบเท่านั้น มิได้หมายความว่าอะไรเป็นเหตุ อะไรเป็นผลแต่อย่างใด

2. ถ้าค่า r เข้าใกล้บวกหรือลบ 1 เท่าใด ก็แสดงความสัมพันธ์กันมากยิ่งขึ้น

3. การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis)

เป็นวิธีการที่ใช้ศึกษาหาความสัมพันธ์ (Interrelationship) ระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัวกับตัวแปรตาม 1 ตัว มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ให้ทราบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวรวมกันแล้วจะสามารถทำนายการผันแปร (Variation) ของตัวแปรตามได้เพียงใด

ในการศึกษาครั้งนี้ การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะหาว่า ตัวแปรอิสระใดที่สามารถทำนายการผันแปรของตัวแปรตามได้มากที่สุด ตัวแปรนั้นจะเข้าสมการเป็นตัวแรก และจะคัดเลือกตัวแปรอิสระตัวต่อไปเข้าสู่สมการโดยต้องมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันต่ำลง เป็นลำดับขึ้นไปจนกระทั่งไม่มีตัวแปรใดเข้าสู่สมการ และในการวิเคราะห์การถดถอยพหุ รูปแบบของสมการที่ได้จากการวิเคราะห์และข้อมูลที่น่าวิเคราะห์จะต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อตกลง (Assumption) ซึ่งจะช่วยให้ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

การวิเคราะห์ถดถอยในการนำตัวแปรต่าง ๆ มาสร้างสมการทำนายกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สูตร	$y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_x x_x$
เมื่อ	$y =$ ตัวแปรที่ได้จากการทำนาย
	$x =$ ตัวแปรอิสระที่ใช้เป็นตัวทำนาย
	$b =$ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม
เมื่อ	
	ควบคุมค่าตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอยู่ในสมการให้คงที่
$b_0 =$	ค่าคงที่ในสมการ

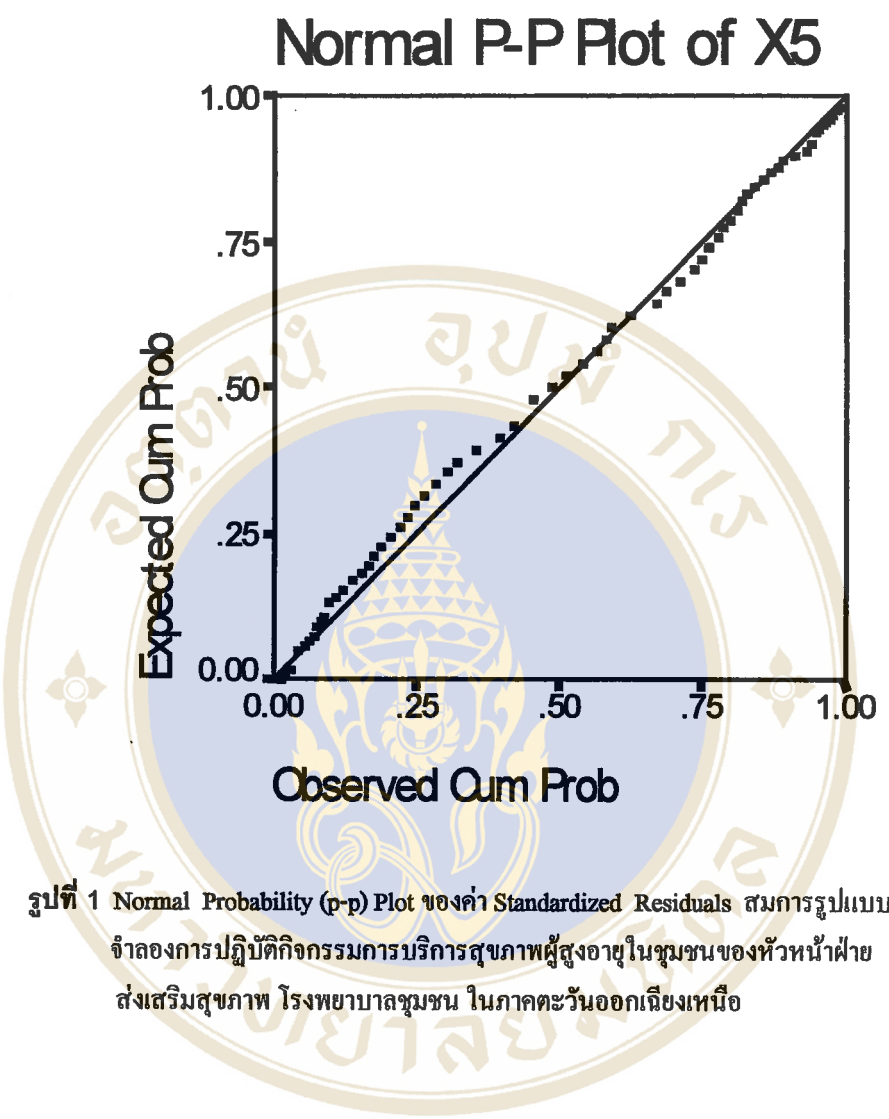
ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจะต้องมีความสัมพันธ์กันในแบบเส้นตรง
2. ค่าตัวแปรตามต้องเป็นตัวแปรสุ่มชนิดต่อเนื่อง ในขณะที่ตัวแปรอิสระเป็นเซตของค่าต่างๆ ที่ผู้วิจัยอาจกำหนดได้
3. ความแปรปรวนของตัวแปรสำหรับแต่ละค่าของตัวแปรอิสระที่กำหนดจะต้องมีค่าเท่ากัน ซึ่งคุณสมบัตินี้เรียกว่า Homoscedasticity
4. ค่าสังเกตที่ได้แต่ละค่าจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน
5. การแจกแจงความน่าจะเป็นตัวแปรตามสำหรับแต่ละค่าของตัวแปรอิสระที่กำหนดเป็นแบบปกติ

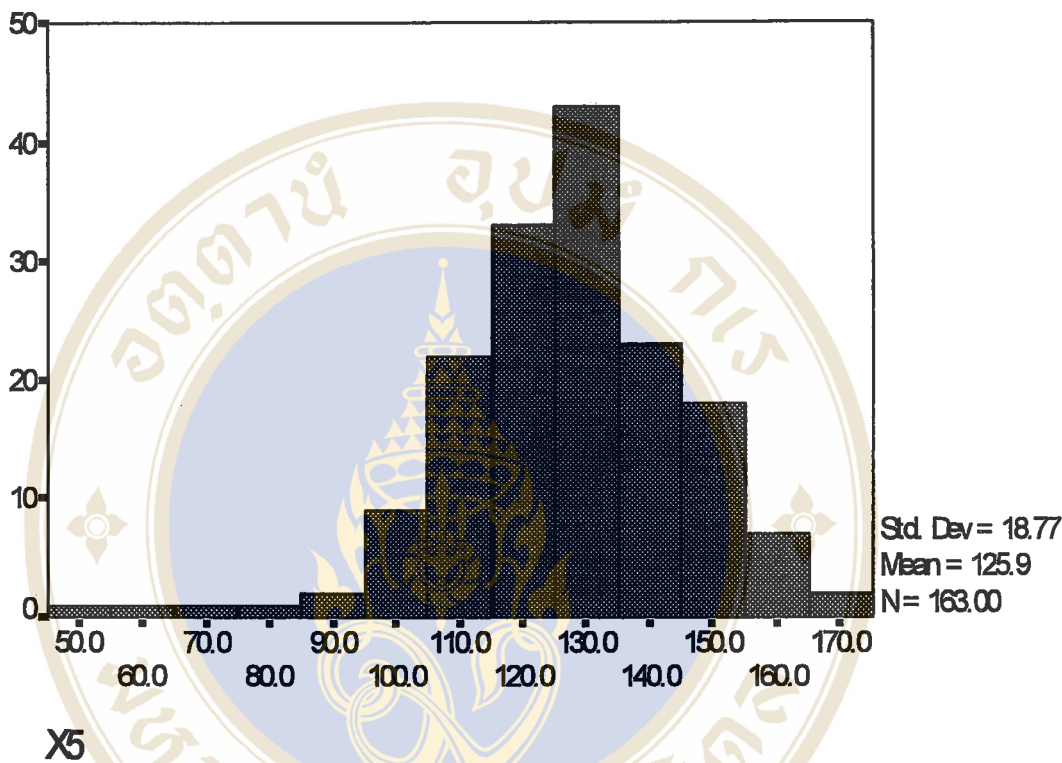
ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการทดสอบโดยการพิจารณาแจกแจงของความคลาดเคลื่อนโดยใช้กราฟดังนี้

1. Normal Probability (p-p) ของค่า Standard Residuals พบว่า มีลักษณะเป็นเส้นตรง แสดงความคลาดเคลื่อนมีการกระจายแบบปกติ
2. Histogram Standardized Residuals พบว่า มีลักษณะการกระจายแบบปกติ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ โดยดูจากกราฟ Normal Probability (p-p) Plot มีการกระจายแบบปกติมีลักษณะเป็นเส้นตรง และดูได้จาก Histogram Standardized Residuals พบว่า มีการกระจายแบบปกติเช่นกัน



รูปที่ 1 Normal Probability (p-p) Plot ของค่า Standardized Residuals สมการรูปแบบ
จำลองการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่าย
ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



X5
การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

รูปที่ 2 Histogram Standardized Residual สมการรูปแบบจำลองการปฏิบัติ
กิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
โรงพยาบาลชุมชน

ตารางผนวกที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษา (correlation matrix)

	เจตคติต่อ	ประสบการณ์	การรับรู้	ขนาดของ	บุคลากร	นโยบาย	พฤติกรรม
	ผู้สูงอายุ	ในการทำงาน	บทบาท	โรงพยาบาล	ในฝ่าย	การดำเนิน	สนับสนุน
						งาน	
-	เจตคติต่อ	1.000					
	ผู้สูงอายุ	()					
-	ประสบการณ์	-0.0064	1.000				
	ในการทำงาน	(0.939)	()				
-	การรับรู้	0.3101	0.0868	1.000			
	บทบาท	(<0.001**)	(0.271)	()			
-	ขนาดของ	-0.0363	0.1176	-0.336	1.000		
	โรงพยาบาล	(0.645)	(0.135)	0.964	()		
-	บุคลากร	0.0432	0.0078	0.1225	0.3097	1.000	
	ในฝ่าย	(0.584)	(0.921)	0.119	(<0.001**)	()	
-	นโยบายการ	0.3068	0.0970	0.7091	0.0479	0.0650	1.000
	ดำเนินงาน	(<0.001**)	(0.218)	(<0.001**)	0.544	0.410	()
-	พฤติกรรม	0.3075	0.0713	0.6250	0.1107	0.1499	0.6481
	สนับสนุน	(<0.001**)	0.366	(<0.001**)	0.159	0.056	(<0.001**)
							()

** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ค่าในวงเล็บคือค่า P-value



ตารางผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความ
คิดเห็นของเจตคติต่อผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1.ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าทางสังคม	11 (67.5)	52 (31.5)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)
2.ผู้สูงอายุมีส่วนทำให้ครอบครัวอบอุ่นและรักใคร่ ปรองดองกัน	100 (61.3)	56 (34.4)	5 (3.1)	1 (0.6)	1 (0.6)
3.การได้พูดคุยกับผู้สูงอายุทำให้รู้สึก สบายใจ	53 (32.5)	94 (57.7)	14 (8.6)	2 (1.2)	0 (0.0)
4.ผู้สูงอายุไม่ควรมียาเสพติดใน ครอบครัว	81 (49.7)	60 (36.8)	7 (4.3)	9 (5.5)	6 (3.7)
5.ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความ ปรารถนาดีต่อคนที่เขารักยิ่งกว่า	61 (37.4)	86 (52.8)	17 (7.4)	2 (1.2)	2 (1.2)
6.ผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคมที่ต้องรับผิดชอบ ขอในการดูแลสุขภาพและจัดสวัสดิการ	31 (19.0)	53 (32.5)	77 (13.5)	79 (17.8)	28 (17.2)
7.การจัดแยกผู้สูงอายุไว้ในสถานสงเคราะห์คน ชรา เป็นการลดภาระครอบครัว	71 (43.6)	65 (39.9)	22 (13.5)	5 (3.1)	0 (0.0)
8.ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ทุ้อื้อ ขี้บ่น	5 (3.1)	41 (75.2)	57 (35.0)	58 (35.6)	2 (1.2)
9.ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์ในการให้คำ แนะนำที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว	40 (24.5)	103 (63.2)	18 (11.0)	1 (0.6)	1 (0.6)
10.ข้าพเจ้ามีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรม บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	29 (17.8)	103 (63.2)	22 (13.5)	9 (5.5)	0 (0.0)
11.โรงพยาบาลชุมชนควรจัดกิจกรรมบริการ สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	81 (49.7)	79 (48.5)	3 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
12.การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนได้เป็นที่ยอมรับและเกิดจากความ ร่วมมือของชุมชนอย่างแท้จริง	65 (39.9)	82 (50.3)	15 (9.2)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความ
คิดเห็นของเจตคติต่อผู้สูงอายุ(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
13.บางครั้งข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ในการ ดำเนินงานการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน	8 (4.9)	49 (30.1)	49 (30.1)	44 (27.0)	13 (8.0)
14.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการทำงานเวลาในการจัด กิจกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุใน ชุมชนเป็นกิจกรรมที่ไม่เกิดผลคุ้มค่าเท่า ใดนัก	35 (21.5)	74 (45.4)	32 (19.6)	16 (9.8)	6 (3.7)
15.การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูง อายุในชุมชนควรวางแผนผสม ผสานร่วมกับงานด้านอื่น ๆ	65 (39.9)	85 (52.1)	4 (2.5)	9 (5.5)	0 (0.0)
16.ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพ ในชุมชนจะอบอุ่นและมีสุขภาพ จิตดีกว่าการมารับบริการที่ โรงพยาบาล	59 (36.2)	83 (50.9)	21 (12.9)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความ
คิดเห็นของการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
การรับรู้บทบาทด้านบริหาร					
1. ท่านกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับทีมงาน	54 (33.1)	93 (57.1)	10 (6.1)	4 (2.5)	2 (1.2)
2. ท่านกำหนดรูปแบบในการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับผู้ร่วมงาน	53 (32.5)	91 (55.8)	17 (7.4)	5 (3.1)	2 (1.2)
3. การจัดตั้งทีมงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแต่งตั้งจากบุคลากรหลายหน่วยงาน	40 (24.5)	84 (51.5)	29 (17.8)	7 (4.3)	3 (1.8)
4. มีการกำหนดหน้าที่ แบ่งงาน และมอบหมายงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับผู้ร่วมงานอย่างเหมาะสม	41 (25.2)	95 (58.3)	23 (14.1)	2 (1.2)	2 (1.2)

ตารางผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความ
คิดเห็นของการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
5.การติดต่อประสานงานกับหน่วย งานต่าง ๆ ทั้งใน โรงพยาบาลและ ชุมชนสามารถดำเนินการได้ บรรลุวัตถุประสงค์เป็นอย่างดี	31 (19.0)	92 (56.4)	32 (19.6)	5 (3.1)	3 (1.8)
6.การควบคุมกำกับการจัดกิจกรรม สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการตามกิจกรรมที่วางแผน ไว้อย่างมีประสิทธิภาพ	29 (17.8)	80 (49.1)	45 (27.6)	6 (3.7)	3 (1.8)
7.ท่านมีกรณีพิเศษงานเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่ผู้ร่วมงาน เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ	27 (16.6)	84 (51.5)	39 (23.9)	8 (4.9)	5 (3.1)
8.ท่านได้จัดให้มีการนำเสนอผลการ ประเมินผลงานการจัดกิจกรรมของ ฝ่ายเป็นประจำ และนำไปใช้ ประโยชน์ในการปรับปรุงงาน	26 (16.0)	75 (46.0)	50 (30.7)	9 (5.5)	3 (1.8)
9.ท่านรวบรวมปัญหา และอุปสรรค ในการปฏิบัติงานและนำเสนอผู้ อำนวยการ โรงพยาบาล และผู้ร่วม งานรับทราบเพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไข อย่างต่อเนื่อง	29 (17.8)	85 (52.1)	37 (22.7)	7 (4.3)	5 (3.1)

ตารางผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความคิดเห็นของการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10.มีการวางแผนการเบิกจ่ายงบประมาณวัสดุ อุปกรณ์ที่จะใช้ในการดำเนินงานอย่างเหมาะสมและทันเหตุการณ์.	32 (19.6)	87 (53.4)	30 (18.4)	10 (6.1)	4 (2.5)
การรับรู้บทบาทด้านบริการ					
1.สำรวจ ค้นหาผู้สูงอายุในชุมชน	79(48.5)	77(47.2)	4(2.5)	2(1.2)	1(0.6)
2.ลงทะเบียนผู้สูงอายุในชุมชน	79(48.5)	4(2.5)	7(4.3)	2(1.2)	1(0.6)
3.ให้บริการตรวจ วินิจฉัยภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	62 (38.0)	82 (50.3)	15 (9.2)	4 (2.5)	0 (0.0)
4.บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยภาวะสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	59 (36.2)	73 (44.8)	23 (14.1)	8 (4.9)	0 (0.0)
5.ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ	61 (37.4)	81 (49.7)	15 (9.2)	4 (2.5)	2 (1.2)
6.ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำให้บริการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ	45 (27.6)	90 (55.2)	25 (15.3)	3 (1.8)	0 (0.0)
7.ประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	42 (25.8)	82 (50.3)	30 (18.4)	7 (4.3)	2 (1.2)
8. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่เหมาะสมในรายที่เจ็บป่วยรุนแรง	65 (39.9)	86 (52.8)	10 (6.1)	1 (0.6)	1 (0.6)

ตารางผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความ
คิดเห็นของการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9. ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ	48 (29.4)	97 (59.5)	13 (8.0)	4 (2.5)	1 (0.6)
10. บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในสมุด บันทึกสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง และครบถ้วน	35 (21.5)	79 (48.5)	37 (22.7)	9 (5.5)	3 (1.8)
11. ประเมินการสนับสนุนจากบุคคล ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ขณะ เยี่ยมบ้านและเมื่อมารับบริการ	36 (22.1)	78 (47.9)	40 (24.5)	7 (4.3)	2 (1.2)
12. ให้คำแนะนำและบริการปรึกษาแก่ บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลผู้ สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	42 (25.8)	95 (58.3)	20 (12.3)	5 (3.1)	1 (0.6)
13. ให้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและ ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลตนเอง	50 (30.7)	101 (62.0)	9 (5.5)	1 (0.6)	2 (1.2)
14. ให้การสนับสนุนให้มีการจัด กิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุตาม สภาพผู้สูงอายุ	53 (32.5)	98 (60.1)	9 (5.5)	2 (1.2)	1 (0.6)

การรับรู้บทบาทด้านวิชาการ

1. ค้นคว้าหาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอยู่เสมอ	40 (24.5)	99 (60.7)	20 (12.3)	2 (1.2)	2 (1.2)
2. ติดตามความก้าวหน้าในการจัด กิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จากหนังสือวารสารต่าง ๆ	34 (20.9)	97 (59.5)	25 (15.3)	5 (3.1)	2 (1.2)

ตารางผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความ
คิดเห็นของการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
3.นำความรู้ที่ได้จากการศึกษา	35	96	26	4	2
ค้นคว้าวิชาการใหม่ ๆ มาปรับปรุง	(21.5)	(58.9)	(16.0)	(2.5)	(1.2)
พัฒนาการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น					
4.ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ร่วมงานได้	49	93	16	3	2
มีการพัฒนาตนเองทั้งด้านวิชาการ	(30.1)	(57.1)	(9.8)	(1.8)	(1.2)
และการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการ					
บริการสุขภาพผู้สูงอายุ					
5.ร่วมวางแผนและดำเนินงานพัฒนา	45	90	22	3	3
ความรู้ด้านวิชาการในด้านการดูแล	(27.6)	(55.2)	(13.5)	(1.8)	(1.8)
สุขภาพผู้สูงอายุแก่ผู้ร่วมงาน					
6.สอน แนะนำความรู้ทางด้านการ	43	99	17	1	3
ดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและ	(26.4)	(60.7)	(10.4)	(0.6)	(1.8)
ครอบครัวผู้สูงอายุทั้งรายกลุ่ม และ					
รายบุคคล					
7.สอน แนะนำให้คำปรึกษาด้านการ	37	99	20	3	4
จัดกิจกรรมแก่สมาชิกในทีมงาน	(22.7)	(60.7)	(12.3)	(1.8)	(2.5)
8.สอนแนะนำในการจัดกิจกรรมการ	33	93	23	8	6
บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน	(20.2)	(57.1)	(14.1)	(4.9)	(3.7)
แก่นักศึกษาหรือผู้มาดูงาน					
9.ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับ	40	84	27	6	6
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใน	(24.5)	(51.5)	(16.6)	(3.7)	(3.7)
โรงพยาบาล					

ตารางผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความคิดเห็นของการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
10.เข้าร่วมอบรม ประชุมวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งหน่วยงานอื่น ๆ ภายนอกโรงพยาบาลจัดขึ้น	40 (24.5)	86 (52.8)	27 (16.6)	3 (1.8)	7 (4.3)
11.เป็นวิทยากรอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ	52 (31.9)	81 (49.7)	24 (14.7)	1 (0.6)	5 (3.1)
12.จัดทำสื่อ อุปกรณ์หรือเอกสารความรู้ด้านสุขภาพอนามัยไว้ประกอบการสอนแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ	28 (17.2)	70 (42.9)	44 (27.0)	17 (7.4)	9 (5.5)
13.ร่วมจัดทำเอกสาร หรือคู่มือการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	26 (6.0)	76 (46.6)	44 (27.0)	8 (4.9)	9 (5.5)

ตารางผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริม จำแนกตามรายชื่อของความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไว้อย่างชัดเจน	33 (20.2)	74 (41.4)	40 (24.5)	7 (4.3)	9 (5.5)
2. ประกาศนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการจัดประชุม หรือหนังสือเวียนเป็นลายลักษณ์อักษร	24 (14.7)	57 (35.0)	58 (33.6)	13 (8.0)	11 (6.7)
3. มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างชัดเจน	30 (18.4)	78 (47.9)	39 (23.9)	9 (5.5)	7 (4.3)
4. มีที่ปรึกษาคณะกรรมการเพื่อดำเนินการบริการช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการจัดกิจกรรมสำหรับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	28 (17.2)	71 (43.6)	43 (26.4)	13 (8.0)	11 (6.7)
5. มีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมสำหรับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	32 (19.6)	71 (43.6)	39 (23.9)	15 (9.2)	6 (3.7)

ตารางผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของ
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้
สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<u>ส่วนที่ 2 การสนับสนุนของ</u>					
<u>ผู้ร่วมงาน</u>					
1. ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการ จัดกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ใน การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน	39 (23.9)	90 (55.2)	27 (16.6)	4 (2.5)	3 (1.8)
2. ผู้ร่วมงานติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ และให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแลในชุมชนทั้งในรายปกติและ ผิดปกติได้ตามปัญหาและความ ต้องการ	31 (19.0)	84 (51.5)	40 (24.5)	6 (3.7)	2 (1.2)
3. ผู้ร่วมงานให้ความช่วยเหลือซึ่งกัน และกันในการจัดกิจกรรมบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็น อย่างดี	38 (23.3)	96 (58.9)	23 (14.1)	5 (3.1)	1 (0.6)
4. ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือ ร่วมใจ ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในการ ทำงาน	36 (22.1)	93 (57.1)	29 (17.8)	4 (2.5)	1 (0.6)

ตารางผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของ
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้
สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5.ผู้ร่วมงานยินดีเข้าร่วมประชุมเพื่อ ประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและ เสนอแนะความคิดเห็นในการวาง แผนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน	34 (20.9)	96 (58.9)	25 (15.3)	7 (4.3)	1 (0.6)
6.ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการ จัดระบบงานทำให้เกิดความคล่อง ตัวในการปฏิบัติงาน	33 (20.2)	91 (55.8)	32 (19.6)	5 (3.1)	2 (1.2)
7.ผู้ร่วมงานประเมินผลการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	26 (16.0)	73 (44.8)	45 (27.6)	15 (9.2)	4 (2.5)
8.ผู้ร่วมงานได้ร่วมมืออภิปราย และให้ ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ	23 (14.1)	77 (47.2)	47 (28.8)	10 (6.1)	6 (3.7)

ตอนที่ 3 การสนับสนุนของ

ครอบครัวของผู้สูงอายุ

1.ครอบครัวของผู้สูงอายุยินดีรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น อาหาร สุขภาพ ฯลฯ	14 (8.6)	57 (35.0)	71 (43.6)	12 (7.4)	9 (5.5)
2.ครอบครัวของผู้สูงอายุช่วยดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ	15 (9.2)	65 (39.9)	66 (40.5)	12 (7.4)	5 (3.1)

ตารางผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
3.ครอบครัวผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วม ประชุมอบรมในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	17 (10.4)	68 (41.7)	62 (38.0)	11 (6.7)	5 (3.1)
4.ครอบครัวผู้สูงอายุยินดีรับฟังและ ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขแนะนำ	18 (11.0)	79 (48.5)	55 (33.7)	6 (3.7)	5 (3.1)
5.ครอบครัวผู้สูงอายุให้ความเคารพ ยกย่องผู้สูงอายุ	22 (13.5)	95 (58.3)	41 (25.2)	2 (1.2)	3 (1.8)
6.ครอบครัวผู้สูงอายุยินดีแสดงความ กตัญญูทดแทนต่อผู้สูงอายุ เช่น การอวยพรปีใหม่ วันสงกรานต์	25 (15.3)	110 (67.5)	23 (14.1)	2 (1.2)	2 (1.2)
7.ครอบครัวผู้สูงอายุสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุพยายามทำประโยชน์ต่อ สังคม เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์ การณ้ แนะนำงานฝีมือเพื่อเสริม รายได้	21 (12.9)	98 (60.1)	37 (22.7)	3 (1.8)	4 (2.5)

ตารางผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อความ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	ปฏิบัติเลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.สำรวจ ค้นหาผู้สูงอายุในชุมชน	72(44.2)	73(44.8)	15(9.2)	1(0.6)	7(1.2)
2.จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุในชุมชน	73(44.8)	75(46.0)	17(7.4)	0(0.0)	3(1.8)
3.ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้สูงอายุ ในชุมชน	35 (21.5)	78 (47.9)	40 (24.5)	10 (6.1)	0(0.0)
4.บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยโรคลง ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	30 (18.4)	64 (39.4)	54 (33.1)	8 (4.9)	7 (4.3)
5.จัดการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับผู้สูงอายุ	43 (26.4)	69 (42.3)	38 (23.3)	6 (3.7)	7 (4.3)
6.ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำบริการ ปรึกษาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของ ผู้สูงอายุ	27 (16.6)	70 (42.9)	56 (34.4)	7 (4.3)	3 (1.8)
7.สำรวจความต้องการผู้สูงอายุก่อน ให้การปฏิบัติกิจกรรมให้การบริการ สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	22 (13.5)	65 (39.9)	56 (34.4)	12 (7.4)	8 (4.9)
8.ให้คำแนะนำ ปรึกษา และดูแล ผู้สูงอายุในรายปกติได้ตามปัญหา และความต้องการ	30 (18.4)	94 (57.7)	29 (17.8)	8 (4.9)	2 (1.2)

ตารางผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน(ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	ปฏิบัติเลย
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
9.ให้คำแนะนำปรึกษา และดูแล	35	102	23	1	2
สุขภาพผู้สูงอายุในรายพิศปกติได้	(21.5)	(62.6)	(14.1)	(0.6)	(1.2)
ตามปัญหาและความต้องการ					
10.ประเมินผลการดูแลตนเองของ	17	73	59	10	4
ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	(10.4)	(44.8)	(36.2)	(6.1)	(2.5)
11.การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรายที่	7	33	56	33	34
ไม่ให้ความร่วมมือและแสดง	(4.3)	(20.2)	(34.4)	(20.2)	(20.9)
อาการต่อต้าน					
12.ส่งต่อผู้สูงอายุในรายที่ต้องการ	39	102	16	2	4
ดูแลที่เหมาะสม	(23.6)	(62.6)	(9.8)	(1.2)	(2.5)
13.ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ	32	96	31	3	1
ผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาและ	(19.6)	(58.9)	(19.0)	(1.8)	(0.6)
ความต้องการ					
14.บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในสมุด	20	71	53	10	9
บันทึกสุขภาพผู้สูงอายุอย่าง	(12.3)	(43.6)	(32.5)	(6.1)	(5.5)
ถูกต้องและครบถ้วน					
15.ให้คำแนะนำและบริการปรึกษาแก่	24	97	39	0	3
บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแล	(14.7)	(59.5)	(23.9)	(0.0)	(1.8)
ผู้สูงอายุ					

ตารางผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย จำนวน (ร้อยละ)
16.กระตุ้นและส่งเสริมผู้สูงอายุได้ ช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้	29 (17.8)	106 (65.0)	25 (15.3)	7 (1.2)	1 (0.6)
17.ซักถามและพูดคุยกับผู้สูงอายุและ /หรือญาติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการรักษา	35 (21.5)	91 (55.8)	34 (20.9)	3 (1.8)	0 (0.0)
18.ท่านเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เล่า ประสบการณ์เรื่องราวในอดีต	80 (18.4)	96 (58.9)	32 (19.6)	7 (1.2)	3 (1.8)
19.ให้ความมั่นใจกับผู้สูงอายุและ ญาติว่าจะมีเจ้าหน้าที่คอยแนะนำ ดูแลและสามารถขอความช่วยเหลือ ได้ตลอดเวลา	27 (16.6)	98 (60.1)	33 (20.2)	3 (1.8)	7 (1.2)
20.กระตุ้นให้มีการจัดสภาพแวดล้อม ในบ้านและรอบ ๆ บริเวณบ้านให้ ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	28 (17.2)	88 (54.0)	37 (22.7)	6 (3.7)	4 (2.5)
21.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการ ดำเนินของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นให้ ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องทราบ	27 (16.6)	164 (63.8)	29 (17.8)	2 (1.2)	1 (0.6)
22.กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้สูงอายุ	32 (19.6)	101 (62.7)	27 (16.6)	2 (1.2)	1 (0.6)
23.สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ดูแล ตนเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุตาม ความเหมาะสม	29 (17.8)	110 (67.5)	22 (13.5)	1 (0.6)	1 (0.6)

ตารางผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน(ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	ปฏิบัติเลย
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
24.ให้การสนับสนุนให้มีการจัด	35	101	25	2	0
กิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ	(21.5)	(62.0)	(15.3)	(1.2)	(0.0)
ตามสภาพผู้สูงอายุ					
25.กระตุ้นและส่งเสริมการออกกำลังกาย	33	88	38	2	2
ตามสภาพร่างกายและโรคของผู้สูงอายุ	(20.2)	(54.0)	(23.3)	(1.2)	(1.2)
26.นำข้อมูลจากการซักถามเกี่ยวกับ	18	93	45	2	5
โรคประจำตัวและยาที่ใช้รักษามา	(11.0)	(57.1)	(27.6)	(1.2)	(3.1)
เป็นข้อมูลในการวางแผนการจัด					
กิจกรรม					
27.จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ เช่น จัดกลุ่ม	28	88	38	4	5
พบปะพูดคุยระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน	(17.2)	(54.0)	(23.3)	(2.5)	(3.1)
กัน					
28.รณรงค์วันผู้สูงอายุ เช่น	76	76	10	0	1
วันสงกรานต์ จัดให้มีการรดน้ำ	(46.6)	(46.6)	(6.1)	(0.0)	(0.6)
คำหัวผู้สูงอายุในชุมชน					
29.ดูแลให้คำแนะนำในการจัด	22	84	40	10	4
กิจกรรมการบริการสุขภาพ	(13.5)	(51.5)	(24.5)	(6.1)	(4.3)
สำหรับผู้สูงอายุแก่พยาบาลเทคนิค					
และเจ้าหน้าที่พยาบาลอื่น ๆ					
30.ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน	30	76	44	10	3
หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องในการ	(18.4)	(46.6)	(27.0)	(6.1)	(1.8)
ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ					
ในชุมชน เช่น Home Health Care					

ตารางผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	ปฏิบัติเลย
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
31.ประเมินการสนับสนุนจากบุคคล	18	75	55	10	5
ในครอบครัวของผู้สูงอายุขณะ	(11.0)	(46.0)	(33.7)	(6.1)	(3.1)
เยี่ยมบ้านและเมื่อมารับบริการ					
32.ประเมินการสนับสนุนจากชุมชน	19	72	55	11	6
ในการดูแลผู้สูงอายุขณะเยี่ยมบ้าน	(11.7)	(44.2)	(33.7)	(6.7)	(3.7)
และเมื่อมารับบริการ					
33.ประเมินการสนับสนุนจากผู้ดูแล	19	77	51	16	6
ผู้สูงอายุขณะเยี่ยมบ้านและเมื่อมา	(11.7)	(47.2)	(31.3)	(6.1)	(3.7)
รับบริการ					

ตารางผนวกที่ 7 จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ
สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

	ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1.	เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	65	39.9
2.	เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน	78	47.9
3.	เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจวิธีการจัดกิจกรรมสำหรับบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	62	38.0
4.	ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	123	75.5
5.	มีปัญหาในการทำงานเป็นทีม	91	55.8
6.	เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	76	46.6
7.	คู่มือเอกสาร ตำรา วารสารและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานไม่เพียงพอ	80	49.1
8.	การสนับสนุนด้านงบประมาณในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ	111	68.1
9.	การติดต่อสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพ	103	63.2
10.	การนิเทศงานเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไม่ต่อเนื่อง	108	66.3



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

สำหรับหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยเรื่อง

“ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับ การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”

คำชี้แจง / แบบสอบถามชุดนี้มี 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อผู้สูงอายุ	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน 37 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมสนับสนุนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัวของผู้สูงอายุ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน 33 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน 10 ข้อ

โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ เพื่อให้ข้อมูลชุดนี้มีความสมบูรณ์ซึ่งคำตอบทุกข้อผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติงานของท่าน สำหรับการนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางศรีรัตน์ กวินปณิธาน

นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี เดือน
2. เพศ () ชาย
 () หญิง
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่
() หม้าย () หย่า หรือแยกกันอยู่
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
() ต่ำกว่าปริญญาตรี () อื่น ๆ ระบุ.....
() ปริญญาตรี
() ปริญญาโท
5. ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง
() นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
() พยาบาลวิชาชีพ
() เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน
() พยาบาลเทคนิค
6. อายุราชการ ปี (นับตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน)
7. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงาน () ตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หรือ
 () รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
8. ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง ในข้อ 7. มานาน.....ปี ระดับ (ช)...
9. ขนาดโรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน
 () ขนาด 10 เตียง () ขนาด 90 เตียง
 () ขนาด 30 เตียง () ขนาด 120 เตียง
 () ขนาด 60 เตียง
10. ในโรงพยาบาลของท่านมีคลินิกผู้สูงอายุหรือไม่
 () มี () ไม่มี
11. ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบมีชมรมผู้สูงอายุหรือไม่
 () มี () ไม่มี

12. จำนวนเจ้าหน้าที่ในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำนวน.....คน (รวมทั้งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติงานจริง)

นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน.....คน

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน.....คน

พยาบาลเทคนิค จำนวน.....คน

เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน.....คน

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....คน

13. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือไม่

() เคย

() ไม่เคย



ส่วนที่ 2 เจตคติต่อผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นในข้อความแต่ละข้ออย่างไร โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- หมายถึง
- ท่านมีความคิดเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
- เห็นด้วย
- หมายถึง
- ท่านมีความคิดเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- ไม่แน่ใจ
- หมายถึง
- ท่านมีความคิดเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
- ไม่เห็นด้วย
- หมายถึง
- ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- หมายถึง
- ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ส่วนที่ 2 เจตคติต่อผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าทางสังคม					
2.ผู้สูงอายุมีส่วนทำให้ครอบครัวอบอุ่นและรักใคร่ปรองดองกัน					
3.การได้พูดคุยกับผู้สูงอายุทำให้รู้สึกสบายใจ					
4.ผู้สูงอายุไม่ควรมียบทบาทในครอบครัว					
5.ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความปรารถนาดีต่อคนที่เขาวัยกว่า					
6. ผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคมที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและจัดสวัสดิการ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7.การจัดแยกผู้สูงอายุไว้ในสถาน สงเคราะห์คนชรา เป็นการลด ภาระครอบครัว					
8. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จู้จี้ จู้ป่น					
9. ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์ใน การให้คำแนะนำที่ดีแก่สมาชิกใน ครอบครัว					
10.ข้าพเจ้ามีบทบาทสำคัญในการจัด กิจกรรมบริการสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุในชุมชน					
11.โรงพยาบาลชุมชนควรจัดกิจกรรม บริการสุขภาพผู้สูงอายุ					
12.การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นที่ยอมรับ และเกิดจากความร่วมมือของ ชุมชนอย่างแท้จริง					
13.บางครั้งข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ในการ ดำเนินงานการบริการสุขภาพผู้สูง อายุในชุมชน					
14.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการทุ่มเทเวลาใน การจัดกิจกรรมสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกิจกรรมที่ ไม่เกิดผลคุ้มค่าเท่าใดนัก					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
15.การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูง อายุในชุมชนควรวางแผนผสม ผสานร่วมกับงานด้านอื่น ๆ					
16.ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพ ในชุมชนจะอบอุ่นและมีสุขภาพ จิตดีกว่าการมารับบริการที่ โรงพยาบาล					



ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นเป็นบทบาทที่ท่านจะต้องปฏิบัติในกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลของท่าน 80 – 100 เปอร์เซนต์

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นบทบาทที่ท่านจะต้องปฏิบัติในกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลของท่าน 60 – 79 เปอร์เซนต์

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นบทบาทที่ท่านจะต้องปฏิบัติในกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลของท่าน 40 – 59 เปอร์เซนต์

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นบทบาทที่ท่านจะต้องปฏิบัติในกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลของท่าน 20 – 30 เปอร์เซนต์

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นเป็นบทบาทที่ท่านจะต้องปฏิบัติในกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลของท่าน 0 – 19 เปอร์เซนต์

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<u>การรับรู้บทบาทด้านบริหาร</u> 1. ท่านกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับทีมงาน 2. ท่านกำหนดรูปแบบในการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับผู้ร่วมงาน 3. การจัดตั้งทีมงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแต่งตั้งจากบุคลากรหลายหน่วยงาน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. มีการกำหนดหน้าที่ แบ่งงาน และ มอบหมายงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับผู้ร่วมงานอย่าง เหมาะสม					
5.การติดต่อประสานงานกับหน่วย งานต่าง ๆ ทั้งในโรงพยาบาลและ ชุมชนสามารถดำเนินการได้ บรรลุลวัตถุประสงค์เป็นอย่างดี					
6.การควบคุมกำกับการจัดกิจกรรม สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการตามกิจกรรมที่วางแผน ไว้อย่างมีประสิทธิภาพ					
7.ท่านมีการนิเทศงานเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่ผู้ร่วมงาน เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ					
8.ท่านได้จัดให้มีการนำเสนอผลการ ประเมินผลงานการจัดกิจกรรมของ ฝ่ายเป็นประจำ และนำไปใช้ ประโยชน์ในการปรับปรุงงาน					
9.ท่านรวบรวมงานปัญหา และ อุปสรรคในการปฏิบัติงานและนำ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ ผู้ร่วมงานรับทราบเพื่อหาทางปรับ ปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10.มีการวางแผนการเบิกจ่ายงบประมาณวัสดุ อุปกรณ์ที่จะใช้ในการดำเนินงานอย่างเหมาะสมและทันเหตุการณ์ <u>การรับรู้บทบาทด้านบริการ</u> 1.สำรวจ ค้นหาผู้สูงอายุในชุมชน 2.ลงทะเบียนผู้สูงอายุในชุมชน 3.ให้บริการตรวจ วินิจฉัยภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 4.บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยภาวะสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ 5.ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ 6.ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำให้บริการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ 7.ประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 8. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่เหมาะสมในรายชื่อเจ็บป่วยรุนแรง					



ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ					
10. บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในสมุด บันทึกสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง และครบถ้วน					
11. ประเมินการสนับสนุนจากบุคคล ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ขณะ เยี่ยมบ้านและเมื่อมารับบริการ					
12. ให้คำแนะนำและบริการปรึกษาแก่ บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลผู้ สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
13. ให้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและ ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลตนเอง					
14. ให้การสนับสนุนให้มีการจัด กิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุตาม สภาพผู้สูงอายุ					
<u>การรับรู้บทบาทด้านวิชาการ</u>					
1. ค้นหาหาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรม บริหารผู้สูงอายุในชุมชนอยู่เสมอ					
2. ติดตามความก้าวหน้าในการจัด กิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จากหนังสือวารสารต่าง ๆ					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3.นำความรู้ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้าวิชาการใหม่ ๆ มาปรับปรุง พัฒนาการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น					
4.ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ร่วมงานได้ มีการพัฒนาตนเองทั้งด้านวิชาการ และการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ					
5.ร่วมวางแผนและดำเนินงานพัฒนา ความรู้ด้านวิชาการในด้านการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุแก่ผู้ร่วมงาน					
6.สอน แนะนำความรู้ทางด้านการ ดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและ ครอบครัวผู้สูงอายุทั้งรายกลุ่ม และ รายบุคคล					
7.สอน แนะนำให้คำปรึกษาด้านการ จัดกิจกรรมแก่สมาชิกในทีมงาน					
8.สอนแนะนำในการจัดกิจกรรมการ บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน แก่นักศึกษาหรือผู้มาดูงาน					
9.ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใน โรงพยาบาล					
10.เข้าร่วมอบรม ประชุมวิชาการซึ่ง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานอื่น ๆ ภายนอก โรงพยาบาลจัดขึ้น					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11.เป็นวิทยากรอบรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหรือครอบครัว ของผู้สูงอายุ					
12.จัดทำสื่อ อุปกรณ์หรือเอกสาร ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยไว้ ประกอบการสอนแก่ผู้สูงอายุและ ครอบครัวผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล ผู้สูงอายุ					
13.ร่วมจัดทำเอกสาร หรือคู่มือการ จัดกิจกรรมการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการ ดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูง อายุในชุมชนไว้อย่างชัดเจน					
2. ประกาศนโยบายการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนโดยการจัด ประชุม หรือหนังสือเวียนเป็น ลายลักษณ์อักษร					
3. มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความ รับผิดชอบของบุคลากรในทีมให้ บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างชัดเจน					
4. มีที่ปรึกษาคณะกรรมการเพื่อ ดำเนินการบริการช่วยเหลือและ ให้คำแนะนำในการจัดกิจกรรม สำหรับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน					
5. มีการจัดสรรงบประมาณในการ ดำเนินกิจกรรมสำหรับการบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน					

ส่วนที่ 5 การได้รับพฤติกรรมสนับสนุนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและครอบครัว
ของผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ตอนที่ 1 การสนับสนุนของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้กำหนด นโยบายงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนเป็นนโยบายการดำเนินงาน ของโรงพยาบาล 2.มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ โรงพยาบาล 3.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ให้คำ ปรึกษา แนะนำและช่วยแก้ไข ปัญหาที่ท่านกำลังประสบอยู่จาก การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน 4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอนุมัติงบประมาณวัสดุ อุปกรณ์เพื่อใช้ในการ การจัดกิจกรรมสำหรับบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 5.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนับสนุน อนุมัติให้ท่านและบุคลากรในฝ่าย และบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ารับการ ศึกษา / อบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือ งานเกี่ยวกับชุมชน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ส่วนที่ 2 การสนับสนุนของ ผู้ร่วมงาน 1. ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการ จัดกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ใน การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน 2. ผู้ร่วมงานติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ และให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแลในชุมชนทั้งในรายปกติและ ผิดปกติได้ตามปัญหาและความ ต้องการ 3. ผู้ร่วมงานให้ความช่วยเหลือซึ่งกัน และกันในการจัดกิจกรรมบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็น อย่างดี 4. ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือ ร่วมใจ ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในการ ทำงาน 5. ผู้ร่วมงานยินดีเข้าร่วมประชุมเพื่อ ประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและ เสนอแนะความคิดเห็นในการวาง แผนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6.ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการ จัดระบบงานทำให้เกิดความคล่อง ตัวในการปฏิบัติงาน					
7.ผู้ร่วมงานประเมินผลการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง					
8.ผู้ร่วมงานได้ร่วมอภิปราย และให้ ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ					
ตอนที่ 3 การสนับสนุนของ					
<u>ครอบครัวของผู้สูงอายุ</u>					
1.ครอบครัวของผู้สูงอายุยินดีรับผิดชอบ เรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ เช่น อาหาร สุขภาพ ฯลฯ					
2.ครอบครัวของผู้สูงอายุช่วยดูแล ผู้สูงอายุในเรื่องการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัด สิ่งแวดล้อมอยู่อย่างเหมาะสม					
3.ครอบครัวผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วม ประชุมอบรมในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4.ครอบครัวผู้สูงอายุยินดีรับฟังและ ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขแนะนำ					
5.ครอบครัวผู้สูงอายุให้ความเคารพ ยกย่องผู้สูงอายุ					
6.ครอบครัวผู้สูงอายุยินดีแสดงความ กตัญญูกตเวทิตาต่อผู้สูงอายุ เช่น การอวยพรปีใหม่ วันสงกรานต์					
7.ครอบครัวผู้สูงอายุสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุพยายามทำประโยชน์ต่อ สังคม เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์ การณื แนะนำงานฝีมือเพื่อเสริม รายได้					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องการปฏิบัติเพียงช่องเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติ
กิจกรรมของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ 80 – 100 เปอร์เซ็นต์
ปฏิบัติมากที่สุค	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นค่อนข้างบ่อยหรือเกือบเป็นประจำ 50 – 79 เปอร์เซ็นต์
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง 20 –49 เปอร์เซ็นต์
ปฏิบัติน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยมากหรือเกือบไม่ได้ปฏิบัติเลย 1 – 19 เปอร์เซ็นต์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อยที่สุด	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1.สำรวจ ค้นหาผู้สูงอายุในชุมชน					
2.จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุในชุมชน					
3.ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้สูงอายุ ในชุมชน					
4.บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยโรคลง ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ					
5.จัดการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับผู้สูงอายุ					
6.ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำบริการ ปรึกษาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของ ผู้สูงอายุ					
7.สำรวจความต้องการผู้สูงอายุก่อน ให้การปฏิบัติกิจกรรมให้การบริการ สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ					

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติน้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติเลย
8.ให้คำแนะนำปรึกษา และดูแลผู้สูงอายุในรายปกติได้ตามปัญหาและความต้องการ					
9.ให้คำแนะนำปรึกษา และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรายผิดปกติได้ตามปัญหาและความต้องการ					
10.ประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง					
11.ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในรายที่ไม่ให้ความร่วมมือและแสดงอาการต่อต้าน					
12.ส่งต่อผู้สูงอายุในรายที่ต้องการดูแลที่เหมาะสม					
13.ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาและความต้องการ					
14.บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและครบถ้วน					
15.ให้คำแนะนำและบริการปรึกษาแก่บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ					

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติน้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติเลย
16.กระตุ้นและส่งเสริมผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้					
17.ซักถามและพูดคุยกับผู้สูงอายุและ/หรือญาติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการรักษา					
18.ท่านเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์เรื่องราวในอดีต					
19.ให้ความมั่นใจกับผู้สูงอายุและญาติว่าจะมีเจ้าหน้าที่คอยแนะนำดูแลและสามารถขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา					
20.กระตุ้นให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบ ๆ บริเวณบ้านให้ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยเหมาะสมต่อผู้สูงอายุ					
21.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคที่ผู้สูงอายุเป็น ให้ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องทราบ					
22.กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ					
23.สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม					

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติน้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติเลย
24.ให้การสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุตามสภาพผู้สูงอายุ					
25.กระตุ้นและส่งเสริมการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายและโรคของผู้สูงอายุ					
26.นำข้อมูลจากการซักถามเกี่ยวกับโรคประจำตัวและยาที่ใช้รักษามาเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดกิจกรรม					
27.จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ เช่น จัดกลุ่มพบปะพูดคุยระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน					
28.รณรงค์วันผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์ จัดให้มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในชุมชน					
29.ดูแลให้คำแนะนำในการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแก่พยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่พยาบาลอื่น ๆ					
30.ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานหรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น Home Health Care					

ยืมบ้านและเมื่อมารับบริการ
 ระเมินการสนับสนุนจากชุมชน
 การดูแลผู้สูงอายุขณะเยี่ยมบ้าน
 และเมื่อมารับบริการ
 ระเมินการสนับสนุนจากผู้ดูแล
 สูงอายุขณะเยี่ยมบ้านและเมื่อมา
 รับบริการ

ส่วนที่ 7 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
คำชี้แจง การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้มาตรฐานการดูแล
สุขภาพอนามัยผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ท่านมีความเห็นว่าการดำเนินงานดังกล่าว
พบปัญหา/อุปสรรคอย่างไรบ้าง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงตาม
ความคิดเห็นของท่าน

ท่านมี**ปัญหาและอุปสรรค**ที่เกิดจากการใช้**มาตรฐานการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ**
ในชุมชนมาใช้ในโรงพยาบาลของท่านคือ

ลำดับที่	ปัญหาและอุปสรรค	ใช่	ไม่ใช่
1.	เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน		
2.	เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน		
3.	เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจวิธีการจัดกิจกรรมสำหรับบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน		
4.	ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน		
5.	มีปัญหาในการทำงานเป็นทีม		
6.	เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ		
7.	คู่มือเอกสาร ตำรา วารสารและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานไม่เพียงพอ		
8.	การสนับสนุนด้านงบประมาณในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ		
9.	การติดต่อสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพ		
10.	การนิเทศงานเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไม่ต่อเนื่อง		

ขอขอบพระคุณที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางศรีรัตน์ กวินปนิธาน

วัน เดือน ปีเกิด

5 ธันวาคม 2508

สถานที่เกิด

จังหวัดขอนแก่น

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พ.ศ.2526 – 2530

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2540 – 2544

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ.2530 – 2532 : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพวง
จังหวัดนครราชสีมา

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 3 – 4

พ.ศ.2533 – 2534 : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสีคิ้ว
จังหวัดนครราชสีมา

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 4

พ.ศ. 2535 – ปัจจุบัน : กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา
จังหวัดนครราชสีมา

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 7



EXECUTIVE SUMMARY

4036578 PHPH/M : MAJOR : PUBLIC HEALTH NURSING; M.Sc. (PUBLIC HEALTH)

KEY WORDS : SELECTED FACTORS / THE HEALTH CARE ACTIVITIES FOR THE ELDERLY

SRIRUT KAWINPANITHAN : THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND THE HEALTH CARE ACTIVITIES FOR THE ELDERLY IN COMMUNITIES OF THE CHIEFS OF HEALTH PROMOTION SECTION AT COMMUNITY HOSPITALS IN NORTHEAST REGION OF THAILAND. THESIS ADVISORS : CHANYA SIENGSAKOR , B. Sc., M.P.H. (Social Medicine), WILAI KUSOLVISITKUL, B.A., M. Sc. 166 P. ISBN 974-665-8

SUMMARY OF ABSTRACT:

This study was a survey research and its objectives were to study the relationship between predisposing, enabling and reinforcing factors, and the health care activities for the elderly in communities, of the chiefs of health promotion section at community hospitals in the northeastern region of THAILAND. The sample group consisted of one hundred and sixty three chiefs of health promotion who were working in community hospitals. They were randomly selected by simple random sampling. Data were collected in the form of a self administered questionnaire and SPSS/WIN was used for the data analysis. The statistics used were mean, percentage, range, standard deviation, Pearson 's product moment correlation and stepwise multiple regression analysis .

The results of the study showed that 62.0 percent of the chiefs of health promotion had a high level of the health care activities for the elderly in communities ,but policy of the elderly and supportive behaviors of directors, coworkers, family of elderly were found a low level in 49.7% and 46.0% of the chiefs respectively. Pearson 's product moment correlation coefficient was applied and the results revealed that the most important factors, which were statistically and significantly related to the health care activities for the elderly in communities, were the attitude toward elderly the role perception of the health care activities for the elderly in communities, policy of the elderly and

supportive behavior of directors coworker and family of elderly($r=0.2439$, $p\text{-value}=0.002$, $r=0.25119$, $p\text{-value} < 0.00$, $r=0.4571$, $p\text{-value} < 0.001$, $r=0.5527$, $p\text{-value} < 0.001$,respectively). About 35.09 percent of the variance of the health care activities for the elderly in communities could be significantly predicted by the chiefs of health promotions' supportive behaviors of directors, coworkers, family of elderly and the role perception of the health care activities for the elderly.

The results of this study suggested that the board of directors, and the chief of directors, should emphasize the importance of policy of elderly resources and should develop knowledge to ward chiefs of health promotion section, taking in to account these factors in the process of planing a program for the health care activities for the elderly in communities.

Objection of the study

General objectives

To study the relationship between selected factors, and the health care activities for the elderly in communities of the chiefs of health promotion section at communities hospitals in northeastern region of Thailand.

Specific objectives

1. To study level of the health care activities for the elderly at community hospitals in northeastern region of Thailand.
2. To study the relationship between predisposing, the attitude toward elderly, experience, the role perception through for elderly and the health care activities for the elderly in communities.
3. To study the relationship between enabling, the hospital size, number of staff in the health promotion section, policy of elderly and the health care activities for the elderly in communities.

4. To study the relationship between reinforcing, supportive behaviors of directors, coworkers and family of elderly and the health care activities for the elderly in communities.
5. To study if the health care activities for the elderly in communities can be predicted by predisposing factor, enabling factors and reinforcing factors.
6. To study problems of the health care activities for the elderly in communities.

Hypothesis

1. Attitude toward elderly had a positive relationship with the health care activities for the elderly in communities.
2. Experience had a positive relationship with the health care activities for the elderly in communities.
3. The role perception through for elderly had a positive relationship with the health care activities for the elderly in communities.
4. The hospital size had a positive relationship with the health care activities for the elderly in communities.
5. The number of staffs had a positive relationship with the health care activities for the elderly in communities.
6. Policy of elderly had a positive relationship with the health care activities for the elderly in communities.
7. The supportive behavior of directors, coworkers, family of elderly had a positive relationship with the health care activities for the elderly in communities.
8. Predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, can be used to predict the health care activities for the elderly in communities.

Method and Materials

This research was the survey research to study relationship between selected factors, predisposing, enabling and reinforcing factors and the health care activities for the elderly in communities.

The sample consisted of 163 chiefs health promotion section at community hospitals from 19 province in northeast of Thailand by random selected by simple random sampling technique.

Descriptive statistic analysis by mean percent, range, standard deviation, Pearson ’s product moment correlation and stepwise multiple regression analysis were used to test research hypothesis by SPSS for windows.

Result :

The result of this study suggest at that .

Table 1 Demographic characteristics of subjects (N = 163)

Characteristics	Frequency (N)	Percentage (%)
Age (year)		
22 – 29	13	8.0
30 – 39	116	71.2
40 – 49	28	17.1
50 – 55	6	3.7
(Mean = 36.7, SD = 5.5)		
Sex		
Male	21	12.9
Female	142	87.1
Marital status		
Single	38	23.3
Married	118	72.4
Divorced / window	7	4.3
Level of education		
Diploma	9	5.5
Bachelor degree	140	85.9
Master degree	14	8.6

Table 1 Demographic characteristics of subjects (N = 163)

Characteristics	Frequency (N)	Percentage (%)
Experience in work (year)		
< 1	15	9.2
1 – 4	55	33.7
5 – 9	41	25.2
10 – 14	36	22.1
15 – 19	13	8.0
20 +	3	1.8
Size of hospital (Bed)		
10	14	8.6
30	94	57.5
60	43	26.4
90	11	6.7
120	1	0.6
Number of staff		
2 – 4	109	66.9
5 – 7	54	33.1
Total	163	100

1. Demographic data

Table 1 describes the characteristics of the chiefs health promotion section in the study. It was found that the mean age of the subjects was 36.7 years, with age group between 30 – 39 years (71.2 %) most of the subjects were female (87.1 %). The majority of the subjects were married (72.4 %). Most of the subjects end of bachelor’s degree (85.9 %) most of them working experience with group between 1 – 4 years (33.7 %) most of them working in hospital size 30 beds and number of staff. With number of staff group between 2-4 (66.9 %).

Table 2 Relationship between selected factor, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factor and the health care activities.

Variable	The health care activities	
	r	P - value
Predisposing factors		
- Attitude toward elderly	0.2439	0.002 **
- Experience	0.1108	0.159
- The role perception	0.5119	<0.001 **
Enabling factors		
- The hospital size	0.0368	0.641
- Number of staff	0.0122	0.878
- Policy of elderly	0.4571	< 0.001 **
Reinforcing factors		
- Behavior of directors, coworkers, family of elderly	0.5527	< 0.001 **

** Significance < 0.01

2. Factors associate with the health care activities

Table 2 Shows the factors associated with the health care activities of the subjects. The attitude for elderly correlated significantly and positively with the health care activities (r = 0.2439, P-value = 0.002), the role perception correlated significantly and positively with the health care activities. (r = 0.5119, P-value < 0.001). The policy of elderly correlated significantly and positively with the health care activities (r = 0.4571, P-value < 0.001). Supportive behaviors of directors, coworkers, family of elderly correlated significantly and positively with the health care activities. The correlation between level of experience, the hospital size, and the number of staff in



community section were not significantly. The result of the level multiple regression to predict the health care activities of the chiefs health promotion section.

Table 3 The result of the level stepwise multiple regression to predict the health care activities for the elderly in communities of the chiefs of health promotion section.

Variable	b	Beta	R	R ²	R ² _{adj}	F
- Supportive behaviors of directors, coworkers, and family of elderly	0.7902	0.5526	0.5526	0.3054	0.0311	70.803
- The role perception through elderly in community	0.2388	0.2732	0.5923	0.3509	0.3428	43.253
Constant = 50.2085						

** The significance difference at the 0.01 significance level.

3. Selected the best variable account for the health.

Table 3 for this stepwise multiple regression analysis, two independent variables (Supportive behaviors of directors, coworkers and family of aging and the role perception of service health of elderly) entered the equation. The two variable together explained 35.09% ($R^2 = 0.35.09$) of the variability in the health care activities.

There fore, supportive supportive behaviors of directors, coworkers and family of aging and the role perception of service health of elderly were significant predictors of the health care activities of the chiefs health promotion section at community hospital.

Research recommendation

From this study the researcher has the following recommendations.

That board of director, and chief of director, should emphasize the important of policy of elderly resources and should develop knowledge to ward chiefs of health promotion section, taking in to account these factors in the process of planing a program for the health care activities for the elderly in communities.