



ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สารนิพนธ์
ของ
วชิราพรรณ เทพิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2553



ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สารนิพนธ์
ของ
วชิราพรรณ เทพิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2553
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ
ของ
วารสารพรรณ เทพิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2553



วชิราพรรณ เทพิน.(2553). *ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผศ.ดร.ณัฐวิณี สิทธิศิริอรอด.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ 2) เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากปัจจัยทางจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติของผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม รวมทั้งสิ้นจำนวน 270 คน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ ทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) และ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุในกลุ่มสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางจิตในกลุ่มต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19.2, 5.0 และ 3.1 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



BIO-PSYCHO-SOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH GERIATRIC HEALTH CARE
BEHAVIOR BY GERIATRIC CAREGIVERS

AN ABSTRACT
BY
WACHIRAPAN TAPIN

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University
May 2010



Wachiraphan Tapin. (2010) *Bio-Psycho-Social Factors Associated with Geriatric Health Care Behavior by Geriatric Caregivers*, M.Ed. (Developmental Psychology), Bangkok: Graduate School of Srinakarinwirot University, Thesis Advisor: Associate Prof. Chattawee Sitsira-at (Ph.D)

Abstract: This study aimed to accomplish two primary purposes. The first purpose was to compare the geriatric healthcare behavior of geriatric caregivers based on the following variables: sex, age, educational background, marital status, monthly income, length of caring service, relationship to the elderly, stress in the caring role, knowledge concerning geriatric healthcare, attitudes toward the elderly, personal belief in health care and the elderly/caregiver relationship. Second, this study aimed to predict health care behavior based on the geriatric caregiver's bio-psycho-social factors, including the stress of the caring role, knowledge concerning geriatric healthcare, attitudes toward the elderly, personal belief in health care and the elderly/caregiver relationship. The sample included a total of 270 family members and relatives of the elderly who accompanied the elderly patients to have physical exams in the out-patient building of Nakorn Prathom Hospital. The statistics used for the hypothesis included t-test, One Way Analysis of Variance and Multiple Regression Analysis.

The results showed that:

Older geriatric caregivers were able to look after elderly patients more effectively than younger caregivers at statistically significant level .05. Geriatric caregivers with higher stress from the caring role, greater knowledge concerning healthcare of the elderly, positive attitudes toward the elderly, personal belief in health care and a positive relationship between the elderly patient and the caregiver were able to look after the elderly more effectively than low bio-psycho-social caregivers at statistically significant level .01. The elderly/caregiver relationship, knowledge concerning geriatric healthcare and the caregiver's personal belief in geriatric health care effectively predicted the health care behavior of the geriatric caregivers by 19.2%, 5.0% and 3.1%, respectively, at statistically significant level .01.



ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้โดยความกรุณาของ ผศ.ดร.ฉัฐวิณี สิทธิศิโรรรถ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำ และช่วยชี้แนะข้อบกพร่องต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ ทำให้การทำสารนิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประณต คำจิม และรองศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า ให้คำแนะนำ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา ดร.ชนิตา จุลวนิชย์พงษ์ อาจารย์สุพัทธ แสนแจ่มใส ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ ผศ.ดร.วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์ แพทย์หญิงวรลักษ์ณ ศรีนนท์ประเสริฐ และนางสาวอวยพร อ่อนเกตุพล ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างข้อคำถามในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ และพยาบาลหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณ คุณอวยพร อ่อนเกตุพล คุณอุษณีย์ ฟองศรี และพยาบาลหน่วยตรวจโรค แพทย์เวร-ฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ที่จัดตารางการทำงานและคอยให้กำลังใจในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและขอมอบคุณค่าของงานวิจัยครั้งนี้ให้กับบิดา มารดา และบรรพคณาจารย์ทั้งหลาย ที่กรุณาอบรมสั่งสอน ตลอดจนประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้กับผู้วิจัย มาตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

วชิราพรธณ เทพิน



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	4
กลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
สมมติฐานในงานวิจัย.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	14
ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	14
ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	15
แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ.....	15
องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	18
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	20
ความหมายของผู้ดูแล.....	20
ประเภทของผู้ดูแล.....	21
บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	22
แนวคิดของการดูแล.....	25



สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุ.....	28
แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	30
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล.....	36
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	36
ทฤษฎีทางการแพทย์โดยทั่วไปของโอเรม.....	39
ทฤษฎีของวัตสัน.....	42
ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์.....	43
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง.....	45
ปัจจัยทางชีวสังคมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
ปัจจัยทางจิตและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
3 วิธีการดำเนินวิจัย.....	60
การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง.....	60
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น.....	73
ผลการทดสอบสมมติฐาน.....	75



สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	85
อภิปรายผล.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	95
บรรณานุกรม.....	96
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก.....	107
ภาคผนวก ข.....	109
ภาคผนวก ค.....	124
ภาคผนวก ง.....	131
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์	139



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 คำร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ.....	79
2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียด ในบทบาทผู้ดูแลความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุและพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....	81
3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามตัวแปรเพศ.....	82
4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยชีวิตสังคม.....	83
5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามระดับอายุ.....	84
6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	84
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	86
8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ปัจจัยทางจิตสังคมเป็นตัวทำนาย.....	87
9 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....	130
10 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล.....	132
11 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	134
12 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....	135
13 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ....	135
14 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ.....	136



บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามตัวแปรอายุ.....	138
16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	138
17 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	139
18 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน.....	139
19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน.....	140
20 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามตัวแปรระยะเวลาการดูแล.....	140
21 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามตัวแปรลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ.....	141
22 ระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	141
23 ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....	142
24 ระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....	142
25 ระดับความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	142
26 ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ.....	143



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบตาราง

หน้า

1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก มีผลทำให้แนวโน้มผู้สูงอายุของโลกและของประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งมีผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กระจายไปอย่างทั่วถึง รวมทั้งนโยบายการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลงอย่างรวดเร็วและเป็นสาเหตุให้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ประมาณประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 และคณะกรรมการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2546 ชี้ว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจากประมาณ 1.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เพิ่มเป็น 5.7 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2543 และเพิ่มเป็น 14 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 จากสถิตินี้อาจกล่าวได้ว่า โครงสร้างของสังคมไทยเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า "ภาวะประชากรสูงวัย" เช่นเดียวกับกับประเทศที่พัฒนาแล้วการเคลื่อนเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัยนี้ มีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของประเทศเป็นอย่างมากทั้งทางด้านสุขภาพสังคม เศรษฐกิจโดยรวมโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่ทุกฝ่ายนั้นต้องให้ความสำคัญ และให้ความสนใจศึกษาไม่น้อยไปกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น มีแต่ความเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ความเสื่อมลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2545 ได้เสนอภาพรวมของผู้สูงอายุด้านสุขภาพว่า โรคหรืออาการที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวดเมื่อยร่างกาย ร้อยละ 75.1 ปวดข้อ ร้อยละ 47.5 นอนไม่หลับ ร้อยละ 38.7 เวียนศีรษะ ร้อยละ 36.8 และโรคเกี่ยวกับตา ร้อยละ 33.2 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 20 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.3 จากโรคและอาการของผู้สูงอายุดังกล่าวนี้ บางครั้งผู้สูงอายุจึงต้องการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวให้การดูแล (Dependent care) การดูแลเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะต้องใช้ชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้านเป็นเวลามากที่สุด ครอบครัวเป็นสถาบันแรกในการให้การดูแลผู้สูงอายุก่อนสถาบันอื่นๆ ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) จึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการที่จะต้องรับบทบาทและทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้

จากการศึกษาของ นพ.สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล (2542: 47- 57) เกี่ยวกับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในระดับที่สูง และต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชีวิตประมาณร้อยละ 2.1 และร้อยละ 6.9 ของผู้สูงอายุต้องการการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตน จากการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากในเขตกรุงเทพมหานคร และเทศบาลมีผู้สูงอายุหญิงต้องการความพึ่งพิงสูง

จากการศึกษานี้ ทำให้เข้าใจภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุและภาระของผู้ดูแลในสังคมไทยมากขึ้น ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาเกือบทุกด้านเพราะมีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอยทำให้การทำงานของผู้อยู่สูงอายุลดลง ต้องสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ การงาน สูญเสียอำนาจ และสูญเสียรายได้ที่เคยได้รับเป็นประจำ เปลี่ยนแปลงบทบาทจากการที่เป็นผู้นำผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลับกลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าแห่งตนลดลง รู้สึกไร้ค่า และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ(2535: 53-54) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 96 ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลอื่นๆ ถึงแม้ว่าสภาพเศรษฐกิจของสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปรูปแบบของครอบครัวขยายเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กแต่การ รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุก็ยังเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวอยู่ตาม สภาพสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย ส่วนลิกเคนฮอด (นภาพร ชโยวรรณ. 2535: 37; อ้างอิง จาก Lueckenotte Gerontologic Nursing. 1996: 5) ได้สนับสนุนแนวความคิดนี้อีกด้วยว่า บทบาท หน้าที่ของครอบครัวของชนชาวเอเชียมีพื้นฐานมาจากค่านิยมที่ยึดถือความเป็นผู้อาวุโส ความ กตัญญูต่อบุพการี และมีความรับผิดชอบในการยอมรับดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมี สุขภาพที่ดีนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน และในการปฏิบัติของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นย่อมมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีปัจจัยส่วนบุคคล เข้ามามีอิทธิพลในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วย เพนเดอร์ (Pander. 1987: 68) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ อายุ เพศ วัยหมดประจำเดือน ภาวะเจริญพันธุ์ เป็นต้น ปัจจัยทางจิตเช่น สุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน การมุ่งอนาคตของบุคคล ทัศนคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยทางสังคม เช่น วัฒนธรรม เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ การศึกษา สภาวะทางเศรษฐกิจเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายจากการที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นนั้น มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541: 4) คาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2558 จะมีประชากรสูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในการเคลื่อนที่ออกนอกบ้านจำนวน 412,910 คน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 602,316 คนและ คาดว่าปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น กล่าวได้ว่าอนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจผู้ดูแลเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้เราจึงต้องให้ความสำคัญและตระหนักถึงภาระ ในการรับผิดชอบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังจะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้

ผู้ดูแล (Caregiver) จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นที่ต้องการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วย ตอบสนองการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จากความเสื่อมของผู้สูงอายุที่ทำให้ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นผู้สูงอายุ ที่ป่วยเหล่านี้ เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องมีผู้ดูแลซึ่งเป็น บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุเอง ซึ่งดังกล่าว หมายถึงการดูแลเพื่อตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานเช่น การดูแลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ และกิจวัตรประจำวันในสภาพที่

ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลนี้จึงอาจทำให้มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กระทั่งต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัว รู้สึกมีภาระผูกพัน ถูกแยกออกจากสังคม ขาดเพื่อน ไม่สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเองได้ มีความขัดแย้งในบทบาทที่ต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลกับการงานประจำ เพราะการที่ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลเพิ่มขึ้นทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างได้

จากแนวคิดดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม 7 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยทางจิต 5 ปัจจัย ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ตลอดจนเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
2. เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากปัจจัยทางจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
2. ทำให้ทราบว่าตัวแปรชีวิตจิตสังคมของผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นต้น ได้นำผลการวิจัยไปใช้วางแผนพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และใช้ผลงานวิจัยเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ ของผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุ มาตรวจสุขภาพ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ ของผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุ มาตรวจสุขภาพ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม 2552 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 270 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.1 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุระบุว่าให้การดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุด และเป็นผู้นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมากที่สุด

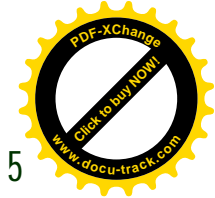
1.2 ต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่า เป็นระยะเวลานานเพียงพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุและเพียงพอต่อการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้

2. กลุ่มผู้สูงอายุ

2.1 เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคเกี่ยวกับตา เป็นต้น

2.2 เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การเข้าใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง การเดินภายในและนอกบ้าน การขึ้นบันได การทำงานบ้าน การประกอบอาหาร เป็นต้น แต่ต้องมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในกิจกรรมเหล่านี้

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยในกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร (Infinite population) ดังนั้นการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัย (Sample size calculation) ได้จากการใช้สูตรของ โคเฮรอน (อภินันท์ จันตณี. 2549: 17-20; อ้างอิงจาก Cochran. 1953)



$$\frac{n = p(1 - p)z^2}{d^2}$$

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการจะสุ่ม ซึ่งสามารถนำค่าสถิติในอดีตมาใช้แทนได้

Z แทน ความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เช่น

Z ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96 (มั่นใจ 95%)

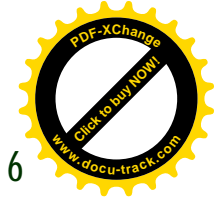
Z ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 มีค่าเท่ากับ 2.58 (มั่นใจ 99%)

d แทน สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

การวิจัยครั้งนี้ ใช้สัดส่วนประชากร = 0.2 หรือ 20% โดยยอมให้คลาดเคลื่อนได้ เท่ากับ 5% (0.05)

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{0.2(1 - 0.2)(1.96)^2}{(0.05)^2} \\ &= \frac{0.2(0.8)(3.84)}{0.0025} \\ &= \frac{0.6144}{0.0025} \\ &= 245.76 \end{aligned}$$

ดังนั้นจากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 246 คน เพื่อความถูกต้องและชัดเจนของข้อมูลมากยิ่งขึ้นผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน



ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

ตัวแปรลักษณะชีวสังคม

เพศ

- 1) เพศชาย
- 2) เพศหญิง

อายุ

- 1) อายุต่ำกว่า 21 ปี
- 2) อายุ 21-40 ปี
- 3) อายุ 41-60 ปี
- 4) อายุ 61 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา

- 1) ระดับประถมศึกษา
- 2) ระดับมัธยมศึกษา
- 3) ระดับปริญญาตรี
- 4) สูงกว่าระดับปริญญาตรี

สถานภาพสมรส

- 1) โสด
- 2) สมรส
- 3) หม้ายหรือหย่าร้าง

รายได้ต่อเดือน

- 1) ต่ำกว่า 5,000 บาท
- 2) 5,000-10,000 บาท
- 3) มากกว่า 10,000 บาท

ระยะเวลาการดูแล

- 1) 1-6 เดือน
- 2) 7-12 เดือน
- 3) 1 ปีขึ้นไป

ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

- 1) คู่ชีวิต
- 2) บุตร
- 3) หลาน

ตัวแปรลักษณะทางจิต

- 1.2.1 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
 - 1) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมาก
 - 2) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลน้อย
- 1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลมาก
 - 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลน้อย
- 1.2.3 ทักษะต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 1) ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุดี
 - 2) ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุไม่ดี
- 1.2.4 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล
 - 1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลสูง
 - 2) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลต่ำ
- 1.2.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
 - 1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี
 - 2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทินทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีผู้ดูแลที่บ้าน
2. **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลในครอบครัวอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือต่างครัวเรือน แต่อยู่บริเวณเดียวกับผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ด้านใดด้านหนึ่งหรือทุกด้านอย่างใกล้ชิด และประกอบกิจกรรมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานมากที่สุด และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุมาโดยตลอดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดยมีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยอาจจะเป็นคู่ชีวิต บุตร หลาน อื่นๆ เช่น สะใภ้ ถ้าหากมีผู้ดูแลหลายคน ให้พิจารณาเฉพาะบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงคนเดียว
3. **โรงพยาบาลตติยภูมิ** หมายถึง โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ สามารถให้การตรวจวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยหนักและอุบัติเหตุ โดยให้การรักษาในระดับที่ย่างยากซับซ้อนด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย

นิยามปฏิบัติการ

1. **พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมที่เป็นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัยด้านสุขภาพจิต

พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลสามารถวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 1985) และทฤษฎีของวัตสัน (Watson, 1985) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัยด้านสุขภาพจิต ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้คะแนนตั้งแต่ทุกครั้งถึงไม่เคยเลย ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลต่ำ ผู้วิจัยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลต่ำ

1.1. **พฤติกรรมการณ์ดูแลด้านโภชนาการและอาหาร** หมายถึง การดูแลในด้านการรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ อย่างถูกหลักโภชนาการถูกสุขลักษณะ เช่น การจัดอาหารปริมาณที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันไม่ให้ง่ายเกิดโรคภัยไข้เจ็บ

1.2. **พฤติกรรมการณ์ดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน** หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อผู้สูงอายุจะได้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิตใจจึงควรมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านการนอนหลับและพักผ่อนที่เหมาะสม เช่น จัดทำกิจกรรมต่างๆที่สามารถผ่อนคลายก่อนนอนพักผ่อน เช่น สวดมนต์ก่อนเข้านอนหรือการทำสมาธิ ดูแลความสบายทั่วไป เช่น ดูแลให้ผู้สูงอายุอาบน้ำหรือเช็ดตัวก่อนนอน

1.3. **พฤติกรรมการณ์ดูแลด้านการออกกำลังกาย** หมายถึง การดูแลด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย ซึ่งการปฏิบัติเป็นประจำทำให้ผู้สูงอายุสมรรถภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และสามารถฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมไปแล้วให้ดีขึ้น

1.4. **พฤติกรรมการณ์ดูแลด้านการขับถ่าย** หมายถึง การดูแลในการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาสวน ยาระบายหรือการดูแลเรื่องอาหารเพื่อป้องกันการเกิดท้องผูก

1.5. พฤติกรรมการดูแลด้านการป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง การใส่ใจ การดูแล และการกระทำเพื่อป้องกันอุบัติเหตุอันมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.6. พฤติกรรมการดูแลด้านสุขอนามัย หมายถึง การดูแลสุขอนามัยทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุรวมถึงการป้องกันรักษาสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

1.7. พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิต หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ ประกอบด้วย การแสดงความรัก การนับถือ การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นในครอบครัวได้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขในการดำเนินชีวิต

2. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดเป็นความรู้สึกคับข้องใจ อึดอัด ไม่สบายใจ วิตกกังวล ลำบากใจ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด โกรธง่ายอันจะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถวัดได้จากแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างโดย คมสัน แก้วระยะ (2540) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนนคือ ตลอดเวลาหรือเป็นประจำได้ 4 คะแนน ถึงไม่เคยเลยได้ 1 คะแนน มีช่วงคะแนนระหว่าง 30 -120 คะแนน ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูงกับกลุ่มที่มีความเครียดต่ำ ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเครียดมาก ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเครียดน้อย

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ข้อเท็จจริงความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ รวมไปถึงแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด 7 ด้านได้แก่ ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัยและด้านสุขภาพจิต

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถวัดได้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ (Rating scale) ให้คะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน คือ ถูกต้องและไม่ถูกต้อง มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความรู้สูงกับกลุ่มที่มีความรู้ต่ำ ผู้วิจัยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้มาก ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ต่ำ

4. **ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ยอมรับ ไม่ยอมรับ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถวัดได้จาก แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบวัดมีทั้งเชิงนิมมาน (Positive) และเชิงนิเสธ (Negative) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ให้คะแนนระหว่าง 10-50 คะแนน ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีกับกลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดี ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ดี

5. **ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล** หมายถึง ความเชื่อของผู้ดูแลที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีหรือป่วยเกิดจากการกระทำหรือความสามารถของผู้ดูแลเอง

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลสามารถวัดได้จาก แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของ วอลสตันและคณะ (Wallston; et al. 1997: 114) ซึ่งกรรณิการ์ กันธรักษา เป็นผู้แปล โดยผู้วิจัยเลือกข้อที่สามารถวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำนวน 6 ข้อ แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 6-36 คะแนน ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลสูงกับกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลต่ำผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลสูงส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลต่ำ

6. **สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ** หมายถึง การแสดงออกของผู้ดูแล ต่อผู้สูงอายุในด้านความรัก ความเอื้ออาทร ความเอาใจใส่ ความห่วงใย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อันก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจของผู้สูงอายุทั้งทางกาย อารมณ์ สังคม และผู้ดูแลรับรู้ ว่าตนมีความสำคัญ มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของผู้สูงอายุ คนในครอบครัวและสังคม

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุสามารถวัดได้จาก แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ สร้างโดยคมสัน แก้วระยะ (2540: 110) โดยสร้างจากแนวคิด ทฤษฎีและองค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ คลอบคลุมองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัย



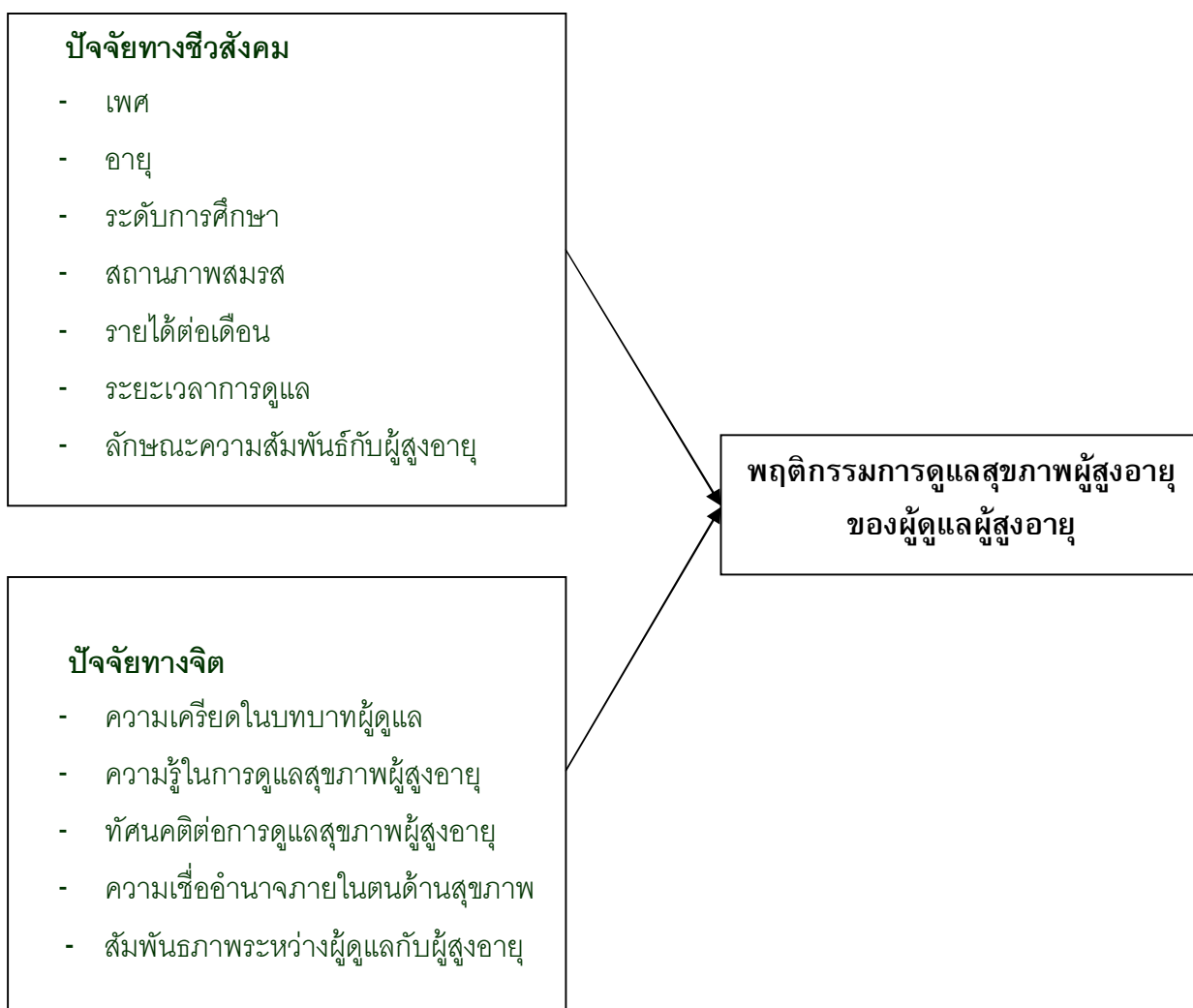
ดัดแปลงส่วนที่ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ได้รับการดูแล (Family Caregiver Inventory :The caregiver View) ซึ่งพัฒนาโดย สจวตและอาร์บอลด์ (คมสัน แก้วระยะ. 2540: 61; อ้างอิงจาก Stewart and Archebold. 1996) โดยนำมาปรับปรุงสำนวนภาษาให้เหมาะสม ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่ต้องการวัดเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ความรู้สึก การยอมรับ การแบ่งปัน การดูแลช่วยเหลือ การทำกิจกรรมร่วมกัน การกระทำเกี่ยวกับความรักความห่วงใยและความเอาใจใส่ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุซึ่งเป็นคู่บทบาทซึ่งกันและกัน เนื้อหาของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุครอบคลุม 2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ดังนี้ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-20 แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 20-80 คะแนน ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุสูง กับกลุ่มที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุต่ำ ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า คะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกาย มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทราบปัญหา และทำนายปัจจัยทางจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีกรอบแนวคิดในการวิจัยรายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้ดูแลเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย
2. ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย
3. ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำ
4. ผู้ดูแลที่มีสถานะภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน
5. ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่อเดือนสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ

6. ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน
7. ผู้ดูแลที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน
8. ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ
9. ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อย
10. ผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี
11. ผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำ
12. ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี
13. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
2. แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
3. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
5. แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
6. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและพื้นฐานการฟื้นฟูสุขภาพของบุคคล ทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ การตัดสินใจการรับรู้ แรงจูงใจ ทักษะ ทักษะทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม (สมจิตต์ หนูเจริญกุล. 2533: 14)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุพึงกระทำอันเกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และพื้นฐานการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการกระทำที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอซึ่งเป็นการแสดงออกของบุคคลกระทำในแนวทางของตน ปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน การที่บุคคลจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้นต้องริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. มีความชำนาญ ความรู้ ความคิด และความรับผิดชอบในตนเอง
2. มีความตั้งใจและมีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับ

ผลสำเร็จ

3. ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดี
4. รับรู้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

5. ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจนบรรลุผลสำเร็จตามความต้องการ
6. มีการตัดสินใจ มีความเชื่อ ความรู้สึก เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ ทางด้านสุขภาพ เพื่อรักษา

สุขภาพของตนเองและผู้อื่นให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง บรรลุเป้าหมายในชีวิต สมปรารถนา ของบุคคลปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความหมายไปถึงพฤติกรรมการป้องกัน (Prevention Behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย (Sick-role Behavior) ตลอดจนพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (Curative Behavior) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพ มีลักษณะแตกต่างกันแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้ (กองสุขศึกษา. 2542; อ้างอิงจาก ศิริมา มิตรเกษม. 2548: 31)

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (Illness behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์จะแสวงหาการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสมเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเน้นการรับรู้ความเชื่อประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค (Preventive health behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลเชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล กระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดผลการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้องเน้นการสร้างแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมและดูแลตนเอง (Health promotion) การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ ต้องเป็นการสร้างค่านิยม และวิถีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพด้วย

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพนักพฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษาได้พยายามที่จะหาเหตุผลมาอธิบายว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและจะแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมได้อย่างไรซึ่งในการดูแลสุขภาพของบุคคลแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมากมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลายอย่างซึ่งมีผู้กล่าวถึงแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลว่าแบ่งออกได้เป็น 3 แนวคิดใหม่ คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532: 173-185; สุภรัตน์ บุญนาถ. 2543: 21)

แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal summation)

มีรากฐานของแนวความคิดมาจาก สมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลได้แก่ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา คือ ความเชื่อ ความรู้ ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม องค์ประกอบนี้อยู่ในบุคคลทุกคนแต่แตกต่างกันไปตามความมากน้อย เหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคล ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยจากแนวความคิดข้างต้น นักพฤติกรรมใน กลุ่มนี้สนใจศึกษา และสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับ

1. ทฤษฎีความรู้
2. ทฤษฎีทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
3. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
4. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

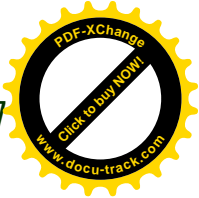
แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption)

มีรากฐานแนวความคิดมาจาก สมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจาก ภายนอกตัวบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ ว่ามี อิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร เหล่านี้เรียกว่าองค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มี ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิดความ เชื่อ การปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร ทฤษฎีที่ นำมาประยุกต์ใช้จะเกี่ยวข้องกับ ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม ประชากรศาสตร์ และ เศรษฐศาสตร์ เป็นต้นซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพนั้น มีอิทธิพลมาจาก สถาบันครอบครัว บางครอบครัว ปลูกฝังนิสัยการรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทาน เนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผักหรือรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และพฤติกรรมปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติของ บิดา มารดา จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว

กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ การปฏิบัติคล้ายๆกัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่ยึดถือ มีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ หรือการยึดถือของกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ มากขึ้น

สภาพทางสังคม สภาพทางสังคมที่แตกต่างกันได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ ตำแหน่ง ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานสูงในชุมชน มักจะมีความรู้ และมีพฤติกรรมในการ ป้องกันโรค และการรักษาโรคได้ดีกว่าบุคคลทั่วไป



วัฒนธรรม วัฒนธรรมบ่งบอกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของบุคคลแต่ละกลุ่ม มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะว่ากลัวเครื่องแต่งกายเครื่องประดับเก่าเร็ว ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้อินข้าวมาก งดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย ข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลที่เชื่อถือ

ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำรงชีวิต และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่นับถือศาสนานั้นๆ คำสอนพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอสมควร ไม่ให้น้อยเกินไปหรืออึดเกินไป ข้อปฏิบัติศาสนาอิสลามก่อนทำละหมาดต้องมีการชำระล้างร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าคำสอน และข้อปฏิบัติเป็นผลดีต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

เศรษฐกิจและระดับการศึกษา เศรษฐกิจของบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา เช่นเดียวกันก็มีผลต่อสุขภาพด้วย เศรษฐกิจของบุคคลที่ไม่ดีมักจะมีความรู้ ทัศนคติและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงข้าม ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งมีผลให้เขามีสุขภาพที่ดี

ด้านการศึกษา การศึกษาที่มีผลต่อสุขภาพ การศึกษาของบุคคลแตกต่างกันมีผลต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องกว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูง

ด้านการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของบุคคล เพราะนโยบายของประเทศ จะชี้ให้เห็นการพอเพียงของการบริการทางด้านสุขภาพ การรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชนหรือมีกฎหมายบังคับ จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง

แนวคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causality Assumption)

มีรากฐานมาจากแนวความคิดที่ว่า พฤติกรรมคนนั้นเกิดมาจากปัจจัยหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยสรุปว่า ปัจจัยต่อไปนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงของโรค และการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
5. องค์ประกอบด้านประชากร

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

องค์ประกอบ และปัจจัยหลายอย่าง มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา และการเมือง เป็นต้น

บลูม (Bloom, 1975) อธิบายว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมประกอบไปด้วย 3 ส่วนด้วยกันคือ

1. ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ การให้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถและทักษะด้านสติปัญญา
2. ด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และทัศนคติ (Affective Domain) ได้แก่ ทำที่ ความรู้สึก ความคิดเห็น ทัศนคติ ความชอบหรือไม่ชอบ การให้คุณค่าต่อสิ่งที่มากระทบเหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล
3. ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย เป็นความตั้งใจ หรือทำที่ที่แสดงออกว่าจะปฏิบัติในอนาคต

องค์ประกอบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคคลมีดังนี้ (สุริย์ กาญจนวงศ์, และคนอื่นๆ. 2540: 10 -11)

1.1 ความรู้

1.1.1 ความรู้ของชุมชน ทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่และแบบดั้งเดิมซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ องค์ความรู้ด้านสุขภาพในกระแสวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมและสมัยใหม่ จะส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากในทุกสังคม และทุกวัฒนธรรมมีการ ดูแลสุขภาพด้วยตนเองมานานแล้ว

1.1.2 ความรู้ในระดับครอบครัว โดยลักษณะของครอบครัวไทยนั้นเป็นแบบครอบครัวขยายซึ่งมีอิทธิพลสูงต่อการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพจากบรรพบุรุษสู่สมาชิกในครอบครัวยังผลให้เกิดเป็นแบบแผนประเพณีการปฏิบัติสืบต่อกันมาเช่น การดูแลระหว่าง การตั้งครรภ์ การดูแลหลังคลอดด้วยการอยู่ไฟ เป็นต้น

1.2 ระบบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

หน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และเอกชนตลอดจนสถานที่จำหน่ายยาซึ่งมีอยู่ทั่วไปในประเทศไทยเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจ และความรู้ แม้ว่าการบริการของรัฐจะครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศจนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบลก็ตามความสะดวกที่ได้รับประกอบกับการโฆษณาชวนเชื่อและผลจากการเลียนแบบ (Demonstration effect) ยังผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างสับสน และเลือกใช้บริการในลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับความจำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองได้

1.3 แรงกดดันทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจในการดูแลตนเองเช่น วัฒนธรรมการบริโภคของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

1.4 มาตรการการบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่มีประสิทธิภาพ

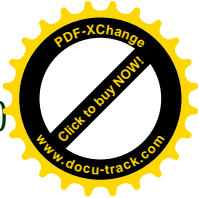
โดยเฉพาะในปัจจุบันที่การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มาตรการการใช้กฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภคยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่อการดูแลตนเองของประชาชน เช่น การกำจัดสิ่งปฏิกูลและการควบคุมมลภาวะต่างๆ กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคาร ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

1.5 กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มผลประโยชน์

มีอิทธิพลสูงต่อการดูแลตนเองของบุคคล หากพิจารณาในเชิงพาณิชย์โอกาสที่กลุ่มผลประโยชน์ จะสามารถทำเงินจากการตื่นตัวด้านสุขภาพ โดยที่ชาวบ้านยังขาดความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เช่น อาหารส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลจากเชิงธุรกิจ ส่งผลให้ประชาชนหลงเชื่อและซื้อหามารับประทานโดยมีจุดประสงค์เพียงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและชะลอความชรา เป็นต้น ส่วนในด้านของวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริม หรือยับยั้งการดูแลตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความเชื่อ และศรัทธาในความสามารถของประชาชนในการดูแลตนเอง พร้อมกับส่งเสริมศักยภาพของประชาชน และชุมชนที่อยู่ให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้มากขึ้น ลดการพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์ลง ทั้งนี้ยังส่งผลต่อการลดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนลง ทำให้เกิดการให้บริการอย่างถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น เป็นการให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริง

1.6 เวลา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

เป็นองค์ประกอบสำคัญ ต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของบุคคล เวลาเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่ง ในขณะที่ต้นทุนของเวลา (Time cost) มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจ สังคมก็ย่อมมีผลต่อสถานะภาพทางสถานะภาพของบุคคลด้วย เช่น ภาวะเครียดเนื่องจากความเร่งรีบ การจราจรติดขัด การบีบรัดทางเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชน ความจำกัดในด้านทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อมอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก เช่น การลดความเครียดด้วยการออกกำลังกาย การนั่งสมาธิเพื่อลดความวุ่นวายใจ เป็นต้น แต่ผลในเชิงลบที่เกิดขึ้นก็เช่น การใช้ยาหรืออาหารบำรุงเกินความจำเป็นหรือการใช้สารเสพติด ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับภูมิหลังของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ขั้นตอนการพัฒนาและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Hill and Smith. 1985: 10)



จากแนวคิดและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษที่วัดพฤติกรรมที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ โดยมีปัจจัยหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลซึ่งได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากรและ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และ ปัจจัยอื่นๆ อาทิ เช่น ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม ความรู้ องค์ประกอบทางด้านประชากร เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จนถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจ หรือประสบความสำเร็จในชีวิตของตนเอง สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึงบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และองค์กรในวิชาชีพต่างๆ ให้การดูแล (Caregiving) ช่วยเหลือเกื้อหนุนบุคคลอื่นใน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยทำงาน (Physical tasks) และการดูแลสุขภาพจิตใจ (Mental health) ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเคารพนับถือ โดยผู้ดูแลที่แตกต่างกันไปแล้วแต่ลักษณะของบุคคลที่รับการดูแล (Care-receiving) ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมทั้งด้านร่างกายจิตใจ การดูแลเด็กที่มีความพิการ การดูแลบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจำเป็นจะต้องดูแลที่ตัวบุคคลพร้อมกับดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย วูดส์ (Woods, 1991: 195-198)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องผูกพันในการดูแลช่วยเหลือความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตสังคม การเจ็บป่วย การดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมไปถึงการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ประสบความสำเร็จในชีวิตของตนเอง สามารถอยู่ในครอบครัว สังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณค่า

ประเภทของผู้ดูแล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้แบ่งประเภทผู้ดูแลสุขภาพตามความผูกพันทางธรรมชาติ และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในสังคมไทยไว้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และคนอื่นๆ.

2541: 38)

1. ประเภทครอบครัว บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง หมายถึง บุคคลที่มีความใกล้ชิด และมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุประกอบด้วย บิดามารดาของผู้สูงอายุ บุตรชาย บุตรสะใภ้ บุตรสาว บุตรเขย บิดามารดาของบุตรเขยบุตรสะใภ้ หลาน พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องต่างบิดามารดากับผู้สูงอายุ ญาติร่วมสายโลหิตรวมทั้งเขย และสะใภ้ของญาติพี่น้อง

2. ประเภทเครือญาติ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ประกอบด้วย ลุง ป้า น้า อา บุตร หลาน เหลน ครอบครัวของบุตรเขย บุตรสะใภ้ เพื่อนฝูงของเขย และสะใภ้ของผู้สูงอายุ

3. ประเภทเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน หมายถึง บุคคลที่มีวัยและเพศเดียวกันหรือต่างเพศ ต่างวัยกับผู้สูงอายุ แต่มีความใกล้ชิดสนิทสนม เนื่องจากมีสัมพันธ์ภาพมานาน ในฐานะเพื่อนและความใกล้ชิดในฐานะเพื่อนบ้าน

4. ประเภทผู้นำชุมชนหมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นทั้งผู้นำที่เป็นทางการได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระ ครู อาสาสมัครหมู่บ้าน เป็นต้น และผู้นำที่ไม่เป็นทางการได้แก่ ผู้สูงอายุที่คนในหมู่บ้านยกย่องนับถือ และเชื่อฟัง ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ข้าราชการบำนาญ เป็นต้น

5. ประเภทนักวิชาชีพ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐ และเอกชนที่ให้บริการแก่ ผู้สูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาการ เกษตร เคหะกิจ ประชาสงเคราะห์ เป็นต้น

จากการศึกษา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้ดูแลแบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ ตามได้อ้างถึงแนวคิดของแคปแลนด์ (Capland . 1993) เกี่ยวกับการจัดกลุ่มบุคคล (อูปบล เลี้ยววาริณ. 2537: 52; อ้างอิงจาก Capland. 1993. Stock : a clinical approach.)

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภทคือ

1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ยา ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน

1.2 ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก เพื่อนร่วมงาน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง ชมรม กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วยสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ (Professional Health Care Worker) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

เบลทเนอร์ (Blattner, 1981) ได้กำหนดรูปแบบการดูแลไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (Intrapersonal caring) เป็นการดูแลเอาใจใส่ต่อร่างกาย จิต และ วิญญาณของตนเอง ซึ่งเกิดจากการเคารพตนเอง การรู้คุณค่าในตนเองและความเชื่อมโยงสัมพันธ์ ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ดี ในการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองด้านสุขภาพนั้น ผู้ดูแลต้อง สามารถดูแลตนเองก่อน จึงจะสามารถให้การดูแลคนอื่นได้

2. การดูแลตนเองระหว่างบุคคล (Interpersonal caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นใน ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้รับการดูแล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจ มีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความ ต้องการให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

3. การดูแลในชุมชน (Community caring) เป็นลักษณะการพึ่งตนเองในชุมชนโดยจะ เป็นการดูแลระหว่างสมาชิกครอบครัวและชุมชน ซึ่งเน้นในเรื่องสุขภาพอนามัย สมาชิกในชุมชนจะ ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยจะมีองค์กรของภาครัฐและเอกชน ให้การสนับสนุนให้คำแนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาแก่ผู้รับการดูแลในชุมชน

บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพา และเป็นวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง หรือไม่สามารช่วยเหลือ ตนเองได้ จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นในการดูแล ดังนั้นการตัดสินใจ และดูแลเพื่อ รักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุเองเท่านั้น บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ต้อง มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆด้าน รวมทั้งการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ดังคำอธิบายของแอนเดอร์สันและฮิวแมน (อัจฉรา เอ็น. 2541: 2; อ้างอิงจาก Andrenson & Newman. 1973.) อธิบายว่า ครอบครัวมีบทบาทในกากำหนดการตัดสินใจของบุคคลในการเลือก บริการทางสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเฉพาะโรค หรือผู้สูงอายุที่ไม่ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ มีทักษะ และองค์ประกอบอื่นๆ ในการ ทำหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อ ผู้สูงอายุได้

ซิลเลลี (1981) ได้แบ่งบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 4 บทบาทดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช. 2533: 432-436; อ้างอิงจาก Cieirelli. 1981)

บทบาทการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ควรจัดให้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. บทบาทการดูแลเพื่อตอบสนองทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้แก่ การหา และดูแล เรื่องอาหารการกิน ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเมื่อเจ็บป่วย และให้ การรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะการเดินทางและช่วยเหลือด้าน แรงงานแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1.1 ดูแลเรื่องความปลอดภัยภายในบ้าน การป้องกันคุ้มครองภัย เช่น ภัยอันตรายจากอาชญากรรมและการป้องกันโรคต่างๆ

1.2 ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ห้องพักและทางเดินควรให้มีแสงสว่าง พื้นไม่ลื่นจนเกินไป และควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง

1.3 การตัดผม โกนหนวด สระผม ตัดเล็บควรได้รับการเอาใจใส่ดูแลตามสมควร

1.4 ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน และไปพบแพทย์ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

1.5 การจัดหา การทำอาหาร เครื่องใช้ ควรจัดซื้อ จัดหาอาหารและเครื่องใช้เท่าที่จำเป็นและให้เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ

2. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองตามความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่องสนับสนุนให้ทำงานตามความสามารถ และงานอดิเรกตามสมควร ดูแลให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามสมควรแก่วัยแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

2.1 การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง สนับสนุนให้ทำงานตามความสามารถและงานอดิเรกตามสมควร บุตรหลานควรกระทำตนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและครอบครัวควรแสดงความรัก ความเคารพนับถือด้วยกิริยา วาจา

2.2 ผู้สูงอายุที่เลื่อมใสในศาสนา ควรหาโอกาสพาไปวัดเพื่อฟังเทศน์ ฟังธรรมหรือนิมนต์พระที่ผู้สูงอายุนับถือมาบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำบุญ ถวายภัตตาหาร สันทนาธรรม ฟังคำสั่งสอน ดูแลให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

2.3 ให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความพอใจเช่น กวาดบ้าน ปลูกต้นไม้ ซ่อมแซมสิ่งของซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ และฟังตระหนักเสมอว่าผู้สูงอายุไม่ชอบให้ใครมาสั่งหรือใช้ให้ทำงาน

2.4 หาทางให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามควรให้ผู้สูงอายุ เช่น ถ้าผู้สูงอายุพอใจอ่านหนังสือก็ควรจัดหาหนังสือให้อ่าน จัดให้มีวิทยุ โทรทัศน์ให้ได้รับฟังรับชม

2.5 ให้โอกาสผู้สูงอายุได้พบปะเพื่อนๆ เพื่อไม่ให้เหงาหรือขาดเพื่อน จัดหางานอดิเรกให้ เช่น ถ้าผู้สูงอายุชอบเลี้ยงสัตว์ก็ควรหาสัตว์เลี้ยงให้

2.6 พาผู้สูงอายุไปเข้าสังคมเท่าที่กำลังจะไปได้ เช่น พาไปชมการแสดง การฟังอภิปรายไปชมสถานที่ต่างๆ เทียวชมธรรมชาติที่สวยงาม

2.7 เป็นเพื่อนคุยเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเหงาและเป็นที่ยกย่องแก่ลูกหลานเมื่อมีปัญหา

3. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้แก่ สนับสนุนให้พบปะญาติเพื่อนฝูง ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่ในเหตุการณ์ปัจจุบัน

4. บทบาทการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ช่วยเหลือด้านการเงิน ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายส่วนตัว ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจ หรือผลประโยชน์ แทนผู้สูงอายุ

บทบาทการให้การดูแลนั้นสามารถกระทำได้ 2 วิธี ประกอบด้วย

1. การดูแลทางตรง (Direct care) ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลต่อผู้รับการดูแล โดยตรง ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การพาไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยการอำนวยความสะดวกในการเดินทางเมื่อไปธุระนอกบ้าน เป็นเพื่อนขณะเดินทาง การให้กำลังใจและการเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา เป็นต้น

2. การดูแลทางอ้อม (Indirect care) เป็นการให้การดูแลในกรณีที่ผู้ดูแลโดยตรงมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ดูแลแทน ได้แก่ การมอบหมายงานทางโทรศัพท์ การใช้สมุดบันทึก โดยบอกรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการของผู้รับการดูแลไว้ และในการปฏิบัติการให้การดูแลที่ดีนั้นกระบวนการของการให้การดูแล (care giving) อาร์ชบอล์ด (1990) กล่าวว่าจะต้องมีคุณภาพการดูแลทางอ้อม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ดังนี้ (Archbold. 1990: 375-384)

1. การควบคุมสถานการณ์ในการดูแล (Caregiving mastery) แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเผชิญปัญหาและความเครียดของ Larzarus and Folkman ซึ่งผู้ให้การดูแล จะต้องมีการพิจารณาในการประเมินการให้การดูแล โดยสามารถควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรมที่จะแสดงออกต่อผู้รับการดูแล รวมถึงควบคุมสถานการณ์ ในขณะที่ให้การดูแลได้

2. ความสามารถของผู้ให้การดูแล (Caregiver self-efficacy) ซึ่งผู้ให้การดูแลต้องยอมรับและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความตั้งใจในการที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrumental activities of Daily Living: IADL) โดยให้ความช่วยเหลือผู้ที่ไร้ความสามารถ หรือผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ศักยภาพของผู้ให้การดูแล (Care giver competence) ผู้ให้การดูแลต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและต้องมีความรับผิดชอบต่อบุคคลที่ได้รับการดูแลหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเฉพาะผู้ให้การดูแลตามบทบาทหน้าที่ในวิชาชีพ ซึ่งจะต้องเป็นผู้ค้นคว้าหาความรู้อยู่เสมอ มีทักษะพิเศษในการดูแลเฉพาะโรค ให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาล ให้ความสะดวกสบาย ให้ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ให้การดูแลด้านสังคมและให้การดูแลเป็นรายบุคคลตามความต้องการของผู้รับการดูแล

4. ความพร้อมของผู้ให้การดูแล (Caregiver preparedness) ผู้ให้การดูแลจะต้องเป็นผู้มีบทบาท ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานในหน้าที่ ที่รับผิดชอบ (Tasks) และสามารถประเมินศักยภาพของตนเอง ในการแสดงบทบาทการให้การดูแลนั้นด้วย ซึ่งในการประเมินนั้นจะหมายถึงการประเมินความพร้อมของผู้ให้การดูแลในการที่จะตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ของผู้รับการดูแลมากกว่าที่จะประเมินถึงความเพียงพอของการให้การดูแล

5. คุณภาพการให้การดูแล (Quality caregiving) การดูแลที่ดีนั้นจะต้องให้การดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

1. ความรู้และทักษะ (Competence) เป็นมิติของการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยเป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแลเกี่ยวกับการยอมรับความจริงที่เป็นอยู่หรือการยอมรับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและการปฏิบัติในการป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรู้ มีทักษะในการให้การดูแล และทราบถึงประโยชน์ของการดูแล

2. ความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Predictability) เป็นความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้ง ผู้ให้การดูแลต้องมีประสบการณ์และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลได้

3. การจัดหาแหล่งเอื้อประโยชน์ (Enrichment) เป็นวิธีการที่จะแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมการให้การดูแล

นอกจากนี้แนวคิดของการให้การดูแลให้มีคุณภาพสามารถนำไปใช้กับบุคคลที่เจ็บป่วยทั่วไปได้ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่

1. การคงไว้ซึ่งสภาพสิ่งแวดล้อมเดิมของผู้สูงอายุ
2. การจัดเตรียมการให้การดูแลด้านร่างกาย (Physical care)
3. การจัดเตรียมการให้การดูแลด้านการรักษา (Medical care)
4. การจัดเตรียมการให้การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)
5. การให้ความเคารพในสิทธิมนุษยชน (Respect for human rights)
6. การจัดการด้านการเงิน (Management of finance)

แนวคิดของการดูแล

คณะอนุกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนดแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุ ในแบบต่างๆ เป็นการศึกษาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2525-2544) เพื่อเป็นหลักประกันสังคมในด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ มีแนวคิดพื้นฐานดังนี้

1. ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์แก่สังคมในฐานะผู้ให้มากกว่าครั้งชีวิตแล้วจึงควรได้รับผลตอบแทนในฐานะเป็นผู้รับจากสังคมด้านสุขภาพอนามัย ความมั่นคงทางรายได้ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา และสวัสดิการสังคม
2. ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถและพลังความคิดโดยเฉพาะประสบการณ์ที่ควรมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้มาก การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วมในสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเป็นไปในด้านต่างๆ ได้
3. ผู้สูงอายุสามารถเตรียมตัวจะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพเพียงใด ขึ้นอยู่กับกระบวนการต่อเนื่องมาแต่วัยเด็กในการพัฒนาความพร้อมในด้านต่างๆ ได้แก่ สุขภาพ ทางกายและจิต การศึกษา การประกอบอาชีพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในสังคมของแต่ละบุคคล

4. ผู้สูงอายุควรได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือ การดูแลเอาใจใส่ จากบุตรหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัวลง

5. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้และไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ไม่ว่าจะด้วย เหตุผลใดก็ตาม ควรได้รับการดูแลปกป้องจากสังคม

6. ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เมื่อเจ็บป่วย ควรรับการดูแล รักษาพยาบาล และควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลง นั้นๆ

โบเวอร์; ฟิลลิป และบูล (Bower; & Phillip; & Bull. 1987; 1988; 1990) ได้สรุปแนวคิด ของการให้การดูแลไว้ดังนี้

1. การให้การดูแลเป็นภาระหน้าที่หรือกิจกรรมที่ปฏิบัติ (Task) ซึ่งเป็นการจัดเตรียม การให้การดูแลช่วยเหลือแก่บุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมเพื่อการดำรง ชีวิตประจำวันได้แก่ การดูแลสุขภาพ การจัดการด้านการเงิน การช่วยทำงานบ้าน การจัดเตรียม อาหาร การอำนวยความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งส่วนมากจะเป็นการให้ความช่วยเหลือของสมาชิก ในครอบครัว

2. การให้การดูแลเป็นการปรับเปลี่ยน (Transition) และเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การจัดเตรียมการดูแล การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล บริหารจัดการ การมอบหมาย หน้าที่ในการให้การดูแลแทน

3. การให้การดูแลเป็นบทบาท (Role) ซึ่งตามประเพณีที่ปฏิบัติติดต่อกันมานั้นถือว่า ครอบครัว เป็นสถาบันที่มีบทบาทในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด โดยบทบาทใน การให้การดูแลบุคคลแตกต่างกันไปเช่น บทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยเหลือตัวเองได้ น้อย ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุ และต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความ ต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. การให้การดูแลเป็นกระบวนการ (Process) เป็นแนวคิดของการให้การดูแลที่รวม บทบาท (Role) และภาระหน้าที่หรือกิจกรรมในการปฏิบัติ (Task) ซึ่งประกอบด้วยบทบาทในการ ปฏิบัติกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่

1. การให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (Anticipatory care giving)
2. การให้การดูแลเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บต่างๆ (Preventive care giving)
3. การให้ความช่วยเหลือในการพาไปทำกิจกรรมต่างๆ (Supervisory care giving)
4. การให้การดูแลเพื่อการปกป้องคุ้มครอง (Protective care giving)
5. การให้การดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Instrumental care giving)

วงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2538: 64) ได้อธิบายแนวคิดของการดูแลว่า เป็นกระบวนการ ช่วยเหลือดูแลบุคคลอย่างต่อเนื่อง จนถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจ หรือประสบความสำเร็จใน ชีวิตของตนเอง สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งองค์ประกอบของการดูแล ตามแนวคิดนี้ มี 8 ประการ คือ

1. การรู้จัก (Knowing) การให้การดูแลบุคคลนั้น ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ในการที่จะรู้จักกับบุคคลที่จะได้รับการดูแลคือ รู้จักบุคคลนั้น รู้ถึงความต้องการและรู้ถึงวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการของบุคคล

2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจให้การดูแลโดยการแสดงออกทั้งคำพูดและการกระทำอย่างตรงไปตรงมา เป็นการแสดงถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล

3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันคือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตนจะทำให้ผู้ให้การดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้รับการดูแลไม่คิดว่าผู้รับการดูแลเป็นคนอื่น ทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5. ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนในการช่วยเหลือผู้รับการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิด และตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

6. ความหวัง (Hope) ผู้ให้การดูแลมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนเองจะมีส่วนในการช่วยพัฒนาผู้รับการดูแล ซึ่งความหวังนี้ต้องมีความเหมาะสมและต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ ในสิ่งที่ตนกระทำในปัจจุบัน การดูแลจะต้องมีความหวังเป็นจุดเริ่มต้น และคงอยู่ต่อไปเพื่อเป็นแรงกระตุ้น ให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายต่อเนื่อง

7. ความกล้า (Courage) ผู้ดูแลมีความยินดีต่อการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรี และสิทธิของบุคคล ซึ่งความกล้านี้ขึ้นอยู่กับความหวังที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน รวมทั้งพลังกายพลังใจที่จะนำไปสู่อนาคต

8. การเลือกแนวทางช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) ในการให้การดูแลบุคคล ต้องมีการมองหาจากหลายแนว มีการประเมินผลการดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการที่จะคงไว้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความช่วยเหลือ

จากแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุดังกล่าวนี้ สรุปได้ว่า การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุประกอบด้วย การดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลด้านเศรษฐกิจ เป็นการดูแลช่วยเหลือในความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการและคงไว้ซึ่งการได้รับการยกย่องและค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คาฟเฟร์ (Caffrey, 1991: 155-157) แบ่งการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะที่ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง และช่วยเหลือครอบครัวได้ แต่จะถูกลดบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว ความรับผิดชอบด้าน

เศรษฐกิจลดลง การดูแลผู้สูงอายุจะเกี่ยวกับการดูแลในด้านอารมณ์ และจิตสังคม เช่น การให้ความเคารพยกย่อง เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ

2. ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลในเรื่องการเตรียมอาหาร การซักเสื้อผ้า การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลที่อยู่อาศัย และ สิ่งแวดล้อม

3. ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลในเรื่อง การพาไปรับการรักษา การซื้อยา และจ่ายยาให้รับประทาน การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การพาไปห้องน้ำ การเสริมฟัหม้อนอน การแต่งตัว การดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ นอกจากนี้เป็นการดูแลเมื่อมีบาดแผล

ลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุ

ซิลเลลลี (1981) สรุปลักษณะการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ 2 ด้าน ดังนี้ (สุธีรา นุ้ยจันทร์. 2530: 32; อ้างอิงจาก Cicielli. 1981)

1. การดูแลระดับปฐมภูมิ (Primary service) หมายถึง การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการดูแลสุขภาพ

2. การดูแลระดับทุติยภูมิ (Secondary service) หมายถึง การดูแลด้านกิจกรรมทางสังคม นันทนาการและการสนับสนุนด้านจิตใจ

โบเวอร์ (Bower. 1987: 20-31) ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 5 ด้านดังนี้

1. การให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (Anticipatory caregiving) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุโดยการให้เวลา เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยด้วย มีการรับรู้และตัดสินใจร่วมกัน

2. การให้การดูแลเพื่อการป้องกัน (Preventive caregiving) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความเจ็บป่วย การบาดเจ็บต่างๆ ภาวะแทรกซ้อน และความผิดปกติทั้งด้านร่างกาย เพื่อป้องกันความเจ็บป่วย การบาดเจ็บต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้แก่ การจัดบ้านเรือน การเตรียมอาหารที่เหมาะสม การเตรียมยารักษาโรคและการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

3. การให้การดูแลโดยการพาไปทำกิจกรรม (Supervisory caregiving) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุโดยการไปเป็นเพื่อนเดินทางหรือพาไปทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การพาไปตรวจสุขภาพ การพาไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการพาไปซื้อของ

4. การให้การดูแลเพื่อปกป้องคุ้มครอง (Protective caregiving) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุโดยจะเน้นการดูแลด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย การให้ความนับถือ การให้ความรัก เพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

5. การให้การดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม ในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrumental Caregiving) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การซักเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การทำงานบ้าน

และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งจะเห็นว่ามีลักษณะการให้การดูแลที่ Bower ได้อธิบายไว้นั้น ในข้อ 1-4 เป็นการให้การดูแลเกี่ยวกับการตัดสินใจ การวางแผน และการประเมินความต้องการในการให้การดูแลส่วนข้อ 5 จะเป็นการลงมือปฏิบัติการให้ดูแลแก่ ผู้รับการดูแล (Hand-on care) มีลักษณะเป็นรูปธรรมชัดเจน

เสนอ อินทรสุขศรี (2526: 105-109) กล่าวถึงการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในขอบข่ายการช่วยเหลือของบุตร มีดังนี้

1. การช่วยงานบ้าน เช่น จ่ายตลาด ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า ช่วยทำอาหาร อาหารควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุเบื่ออาหาร ปรึกษาแพทย์เพื่อแนะนำเรื่องการแก้ไข เป็นต้น
2. การจัดหาที่อยู่อาศัยให้ ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ห้องพัก ทางเดินควรให้มีแสงสว่าง พื้นไม่ลื่นจนเกินไป และควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง
3. การช่วยซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้
4. การเงิน ควรให้เงินผู้สูงอายุไว้ใช้ตามสมควร แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้ใช้เงินมากนัก แต่ผู้สูงอายุอาจเอาไปซื้อของใช้เล็กๆน้อยๆ เช่น ทำบุญตามศรัทธาหรืออาจให้เป็นสิ่งของเครื่องใช้ก็ได้
5. การดูแลเอาใจใส่ตัวบุคคล เช่น การดูแลผม เล็บ การอาบน้ำแต่งตัว ควรดูแลเอาใจใส่ตามสมควร
6. การดูแลสุขภาพเช่น การปฐมพยาบาล การให้การรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทุก 6 เดือนและให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
7. การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคมขนส่งเช่น ไปรับ-ไปส่ง จัดยานพาหนะให้เมื่อออกไปธุระนอกบ้าน
8. หาทางให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เบิกบานใจ กิจกรรม นันทนาการ เช่น การให้ความบันเทิงในบ้าน การพาไปดูกิจกรรมนอกบ้าน ดูการแสดง จัดให้ พบปะเพื่อนฝูง เป็นสมาชิกสโมสรต่างๆ
9. การสนับสนุนทางจิตใจบุตรหลานควรจะทำตนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ครอบครัวยิ่งแสดงความรัก เคารพ นับถือ ด้วยกิริยา วาจา หรือรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจกับผู้สูงอายุ
10. การหางานที่เหมาะสมให้หรือให้ทำงานตามความพอใจ เช่น กวาดบ้าน ปลูกต้นไม้ ซ่อมแซมสิ่งของ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีประโยชน์ต่อครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ใครมาสั่งหรือใช้ให้ตนทำงาน
11. การสนับสนุนด้านศาสนา ผู้สูงอายุที่เลื่อมใสในศาสนาควรหาโอกาสพาไปวัดเพื่อฟังเทศน์ สนทนาธรรมหรือนิมนต์พระที่นับถือมาที่บ้าน ให้ผู้สูงอายุได้สนทนาธรรมฟังคำสั่งสอน เป็นต้น
12. การให้ข่าวสารทางราชการเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการด้านต่างๆ
13. การจัดหาวัสดุสิ่งพิมพ์ให้อ่าน

14. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกฝนอาชีพใหม่
15. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรก
16. การป้องกันคุ้มครองภัยอันตรายจากอาชญากรรม การป้องกันโรคต่างๆ รวมไปถึงความปลอดภัยภายในบ้าน

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางกายและทางจิตนั้น สรุปรวมได้ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ และอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย ด้านสุขภาพจิต

1. ด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร

โภชนาการที่ดีจัดว่าเป็นไอศถอันวิเศษที่จะช่วยให้สุขภาพดี แข็งแรง อายุยืน ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิต ในด้านการใช้ความคิดมากกว่าใช้แรงงานทางร่างกาย พลังงานที่ร่างกายต้องการจึงควรลดลงเฉลี่ยวันละประมาณ 110 แคลอรีต่ออายุลดลงทุก 10 ปี หรือให้ลดลงร้อยละ 10 จากพลังงานที่พึงได้ต่อวันในผู้สูงอายุและให้ลดต่ำสุดไม่น้อยกว่า 1200 แคลอรีต่อวัน เพราะจะได้สารอาหารไม่ครบตามความต้องการ และพลังงานควรได้จากสารอาหารหลัก 3 ประเภท คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ในสัดส่วนดังนี้ คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 - 55 (150 - 200 กรัม) โปรตีนร้อยละ 25 - 20 (50 - 90 กรัม) ไขมันร้อยละ 25 - 30 (40 - 60 กรัม) โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรลดปริมาณอาหารพวก แป้ง ข้าว น้ำตาลทราย น้ำอัดลม น้ำหวานที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง และอาหารหารจำพวกไขมันทั้งจากพืชและสัตว์ ได้แก่ กะทิ เนย ไขมันที่ใช้ปรุงอาหาร เป็นต้น การได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วน โรคไขมันสูงในเลือด และเบาหวานได้ด้วย ถ้าได้รับพลังงานจากสารอาหารน้อยลงหรือมากเกินไป ทำให้เกิดการขาดโปรตีน พลังงานหรือวิตามิน และเกลือแร่ได้ สำหรับคนไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้แนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ให้พลังงานลดลง 100 - 150 กิโลแคลอรี ทุกๆ 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น อายุ 50 - 59 ปี ควรได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 2000 - 2550 กิโลแคลอรี อายุ 60 ปีขึ้นไป ควรได้รับพลังงานลดลงเป็น 1850 - 2850 กิโลแคลอรี

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลงกว่าเดิม ดังนั้น ผู้ที่เริ่มจะเข้าวัยสูงอายุควรมีการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ คือ ควรลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันให้น้อยลงกว่าเดิม และรับประทานอาหารที่มีคุณค่าอาหารเพื่อการซ่อมแซมร่างกาย ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ผักใบเขียว และผลไม้ และผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารมีอละจำนวนน้อยแต่ให้บ่อยครั้งขึ้นคือวันละ 5 - 6 มื้อ เพื่อช่วยให้ร่างกายย่อยอาหารได้สะดวก และมีการดูดซึมได้ดี

1. คาร์โบไฮเดรตเป็นอาหารที่ให้พลังงาน ผู้สูงอายุมักชอบบริโภคเพราะ ประสาทรับรสหวานยังดีอยู่แต่ต้องระวังไม่ให้เกินร้อยละ 55 ของพลังงานต่อวัน ปริมาณที่ปฏิบัติได้ง่ายคือไม่เกิน 3 - 6 ส่วนต่อวัน สำหรับน้ำตาลให้รับประทานไม่เกิน 6 - 9 ช้อนชาต่อวัน

2. โปรตีนเป็นอาหารช่วยเสริมสร้างร่างกาย และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ผู้สูงอายุควรได้รับวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แต่ผู้สูงอายุมักจะได้อาหารโปรตีนไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาในการขบเคี้ยวลำบาก วิธีแก้คือ ต้องเลือกเนื้อสัตว์ชนิดอ่อนนุ่มเคี้ยวง่ายไม่ติดฟัน เช่น ปลา กุ้ง หรือ ใช้วิธีหุงต้มให้นุ่ม เช่น ต้ม ตุ่น เคี้ยว สับ และบด ปริมาณโปรตีนที่ควรได้ คือ 6 - 9 ส่วน/วัน ส่วนไข่ ควรบริโภคไม่เกิน 3 ฟอง/สัปดาห์ ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงาน และเป็นแหล่งของกรดไขมันจำเป็น และวิตามินหลายชนิด นอกจากนี้ยังเป็นตัวช่วย ละลายไขมันบางชนิดด้วย แต่น้ำย่อยเกี่ยวกับการย่อยไขมันลดลง ประกอบกับการลดลงด้านกิจกรรมทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ง่าย เพราะฉะนั้นไขมันจากอาหารไม่ควรเกินร้อยละ 50 ของพลังงานทั้งหมด และควรเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันพืชทุกชนิด ยกเว้นน้ำมัน มะพร้าว น้ำมันปาล์ม ปริมาณไขมันที่ควรได้รับ 4 - 6 ส่วน/วัน

3. ผักผลไม้ ควรรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ผักมีอยู่ 1 ส่วน ผลไม้มีอยู่ 1-2 ส่วน

4. เกลือแร่และวิตามิน เป็นอาหารที่ช่วยให้อวัยวะต่างๆทำงานตามปกติช่วยในการสร้างกระดูก ฟัน โลหิต เกลือแร่ที่ควรสนใจเป็นพิเศษ คือ แคลเซียม อาหารที่ให้แคลเซียมสูงได้แก่ นม 300 มก. หรือ 240 ซีซี./วัน แต่ความต้องการแคลเซียมในวัยผู้สูงอายุเท่ากับ 400 มก./วัน การดื่มนม 1 แก้ว ก็จะได้แคลเซียมเพียงพอ ในกรณีที่ดื่มนมไม่ได้อาจทดแทนโดยผักสีเขียว เนยแข็ง ถั่วต่างๆ ไข่แดงวิตามิน ผู้สูงอายุต้องการวิตามินเพิ่มขึ้น

5. น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นมากควรได้รับวันละ 10 แก้ว จะช่วยให้ไตทำงานดีขึ้นและลดภาวะท้องผูก น้ำที่ได้รับอาจเป็นน้ำผลไม้หรือนมก็ได้ ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ ดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อสุขภาพที่ดีและอยู่ดีมีสุข

2. ด้านการนอนหลับและพักผ่อน

จากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของผู้สูงอายุด้านผิวหนัง การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การรับประทานอาหารลดลง การนอนหลับของผู้สูงอายุพบว่า ช่วงเวลาการนอนหลับ ที่เชื่อกันว่าเป็นช่วงที่ร่างกายใช้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของผู้สูงอายุ ก็ลดลงด้วย ทำให้ผู้สูงอายุที่นอนหลับไม่หลับมีความเสื่อมโทรมทางร่างกาย มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับได้และการนอนหลับไม่เป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเครียด เบื่ออาหาร ตลอดจนลดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ลงได้จะเห็นได้ว่าการนอนหลับในผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก สาเหตุที่ผู้สูงอายุนอนไม่หลับแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุคือ สาเหตุภายนอกและภายในตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุภายในตัวผู้สูงอายุ เกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย เช่น การปวดคอ ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้า ผู้สูงอายุต้องอาศัยการปรับตัวอยู่ระยะหนึ่งซึ่งช่วงของการปรับตัวนี้จะมีผลกระทบต่อแบบแผนการนอน ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมบางอย่างเช่น การออกกำลังกาย ถ้ามีการออกกำลังกายเหมาะสมทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายมากเกินไปอาจทำให้เกิดความเครียดและนอนไม่หลับได้ ส่วนสาเหตุภายนอกที่ร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ คือ สิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง รวมถึงการใช้ยานอนหลับ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการนอนหลับและพักผ่อนมีดังนี้

1. เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่านอนไม่หลับต้องหาสาเหตุของการนอนไม่หลับ
2. ควรมีการเตรียมตัวเข้านอนด้วยอุปกรณ์การนอนที่เหมาะสม สะอาด ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน และปัสสาวะก่อนเข้านอน
3. ผู้สูงอายุควรเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา เพื่อปรับจังหวะชีวภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
4. ถ้าสาเหตุของการนอนไม่หลับเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น อาการปวดข้อ ควรดูแลตนเอง ลดความเจ็บปวด โดยการประคบด้วยความเย็นหรือความร้อน จัดทำนอนที่เหมาะสม หรืออาจต้องรับประทานอาหารก่อนเวลานอนประมาณ 30 นาที หรือถ้าสาเหตุนอนไม่หลับจากการหายใจไม่สะดวก ควรต้องนอนศีรษะสูง โดยใช้เตียงหรือเพิ่มหมอนหนุนศีรษะให้ตามความเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้เร็วขึ้น อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ วิธีการที่มักได้ผลคือ งดการออกกำลังกายก่อนนอน 2 -3 ชั่วโมง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย สวดมนต์ก่อนเข้านอน หรือทำสมาธิ ซึ่งจะได้ผลหรือไม่นั้น เชื่อว่าส่วนหนึ่งมาจากความตั้งใจในการแก้ปัญหา และความชำนาญอันเกิดจากการฝึกทำซ้ำๆ
6. ผู้สูงอายุควรลดช่วงเวลาการงีบหลับช่วงเวลากลางวัน โดยพยายามหากิจกรรมต่างๆ ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินก่อนเข้านอน 2 ชั่วโมงไม่ควรออกกำลังกายใดๆ
7. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเช้า หรือเครื่องดื่มที่ดื่ม แล้วนอนหลับได้ เช่น นม โอวัลติน ซึ่งอาจเป็นความเคยชินที่เคยได้ดื่มหรือรับประทานอาหารเช้าทำให้นอนหลับได้ดี และผู้สูงอายุควรงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ น้ำอัดลม แอลกอฮอล์ มีผู้สูงอายุจำนวนมากนอนไม่หลับถ้ารับประทานมื่อเย็นปริมาณที่มากเกินไปดังนั้นอาหารมื่อเย็น ผู้สูงอายุควรเป็นปริมาณที่พอเหมาะ
8. สิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้การนอนหลับของผู้สูงอายุดีขึ้น เช่น การใช้ไฟสลัวๆ ไม่เปิดไฟจ้าตรงบริเวณหัวเตียง พยายามงดการใช้เสียง

การนอนไม่หลับของผู้สูงอายุมีผลต่อกิจวัตรประจำวัน สุขภาพและการร่วมสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการนอนหลับและพักผ่อนที่เหมาะสมด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี ปกติการพักผ่อนเป็นความจำเป็นของผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่ในผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ อาจมีการพักผ่อนมากเกินไปความจำเป็น ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย สำหรับผู้สูงอายุที่มีการฝึกฝนร่างกายการพักผ่อนร่างกายที่เพียงพอมีความสำคัญยิ่งเพราะหลังจากการออกกำลังกายทุกครั้งอวัยวะที่ใช้ในการออกกำลังกายจำเป็นต้องได้รับการชดเชยสิ่งที่เสียไประหว่างออกกำลังกาย และสร้างเสริมให้มีความพร้อมสำหรับการออกกำลังกายในวันต่อไป การพักผ่อนไม่เพียงพอในผู้สูงอายุที่ฝึกฝนร่างกาย นอกจากจะทำให้มิได้รับผลดีจากการฝึกฝนแล้ว ยังเป็นการทำลายร่างกายโดยตรงคือ ทำให้ทรุดโทรมเร็วกว่าที่ควร

3. ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากอัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าความเจริญ จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆ โดยทั่วไปและเกิดโรคที่พบเสมอ เช่น หลอดเลือดตีบแข็ง ข้อติดขัด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น เป็นการยากที่จะพิสูจน์

ให้แน่ชัดว่าการออกกำลังกายทำให้คนมีอายุยืนขึ้นได้ แต่มีหลักฐานแน่นอนว่าผู้ที่ออกกำลังกายโดยถูกต้องเป็นประจำแม้มีอายุแล้วก็ยังคงมีความกระฉับกระเฉง มีสมรรถภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีโรคภัยเบียดเบียนน้อย สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ต่อไปอีกแทนที่จะเป็นภาระแก่สังคมจากผลของการออกกำลังกายต่อการทำงานของร่างกายดังกล่าวแล้วจะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้น ชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และสามารถฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมไปแล้วให้ดีขึ้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อร่างกายผู้สูงอายุ อาจสรุปได้ดังนี้

1. ทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ทำให้มีสมรรถภาพทางกายด้านต่างๆสูง ทำงานต่างๆได้มากขึ้น
3. ความเหนื่อยน้อยลง แรงกล้ามเนื้อมากขึ้น และความแข็งแรงมากขึ้น
4. ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและทรวงอก
5. ป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อมต่างๆ
6. ช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่มีโรคจากความเสื่อม

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นการชะลอ "ความชรา" เนื่องจากความชราไม่ได้ตัดสินตัวอายุตามนาฬิกาอย่างเดียวแต่ต้องมีองค์ประกอบอีก 3 อย่าง คือ รูปร่าง จิตใจ และสมรรถภาพทางกาย ซึ่งผลของการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะทำให้องค์ประกอบทั้งสามดีขึ้นได้ แม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานยืนยันทางการทดลองที่แน่นอนว่า การออกกำลังกายจะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไป แต่จากผลของการออกกำลังกายต่างๆ ที่พิสูจน์ได้ และประโยชน์จากการออกกำลังกายดังสรุปข้างต้น รวมทั้งจากการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการออกกำลังกาย แสดงว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปอย่างมีสมรรถภาพ ทำให้เชื่อได้ว่า การออกกำลังกายสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้อีก หลักการปฏิบัติในการออกกำลังกาย (ฝึกฝนร่างกาย) วิธีต่างๆ ของผู้สูงอายุที่นิยมปฏิบัติกันอยู่มีหลายวิธี ได้แก่ กายบริหาร การฝึกกล้ามเนื้อโดยใช้อุปกรณ์และใช้อุปกรณ์ การฝึกความอดทนทั่วไป การเล่นกีฬา การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน หรืองานอดิเรก

ขั้นตอนของการออกกำลังกาย

1. การอุ่นเครื่อง (Warm up) ก่อนการออกกำลังกายแต่ละครั้ง จะต้องเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนประมาณ 5-10 นาที
2. การหยุดกิจกรรมเมื่อออกกำลังกายเสร็จใหม่ๆ ไม่ควรนอน อาบน้ำหรือดื่มน้ำเย็นทันที ควรนั่งพักก่อนเพื่อให้ร่างกายได้ปรับอุณหภูมิ การหายใจและความตึงเครียดของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ

3. การตรวจสอบร่างกายในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม (Exercise Tolerance หรือ Activity Tolerance) เพื่อให้ทราบความสามารถในการใช้พลังงานของแต่ละบุคคล โดยปราศจากอันตรายต่อร่างกาย ด้วยการประเมินของผู้ออกกำลังกายเอง โดยสังเกตลักษณะและอัตราการหายใจ ปกติคนเราหายใจนาทีละ 18-24 ครั้ง ถ้าอัตราการหายใจเร็ว สั้น และหายใจด้วยท้องแสดงว่า ออกกำลังกายมากเกินไปปกติควรหยุดเล่น

4. ด้านการขับถ่าย

ปัญหาสำคัญของการขับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุ คืออาการท้องผูก อุจจาระแข็ง ถ่ายไม่ออก จำเป็นต้องใช้ยาสวนหรือยาถ่ายอุจจาระ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลมาก ซึ่งพบได้ง่าย และเกือบเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้าขาดความระมัดระวัง เอาใจใส่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุตั้งแต่ 70-80 ปีขึ้นไป ถ้าท้องผูกนานกว่า 3 วันขึ้นไปผู้สูงอายุจะมีอาการอึดอัด ไม่สบายแน่นท้อง มีไข้สูงและเพื่อได้ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระก็เป็นสิ่งที่สำคัญ ยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งที่ต้องดูแล คือ

1. อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้นและเป็นประจำทุกวัน เช่น ผัก ผลไม้ ใต้แก่ ชะอม ยอดแค มะละกอ ส้ม เป็นต้น

2. น้ำเป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกาย ช่วยในการขับถ่ายของเสียของร่างกาย การดื่มน้ำมากพอในแต่ละวัน เช่น ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 10 แก้ว จะช่วยคงสภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะด้านการขับอุจจาระให้เป็นปกติ

3. การออกกำลังกาย ผีกัดออกกำลังกาย เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพของอวัยวะที่ช่วยในการขับถ่ายให้แข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าท้อง และพื้นเชิงกราน

4. สภาพของห้องน้ำ ควรมีความสะอาด สบาย สะอาด และปลอดภัยในการเข้าส้วมแต่ละครั้ง พื้นห้องส้วมไม่ลื่น ควรมีราวยึดเกาะเพื่อพยุงตัว

5. ผีกถ่ายหลังดื่มน้ำ 1 แก้ว ในตอนเช้า จะช่วยให้ถ่ายได้คล่องขึ้น หรือการผีกถ่ายให้เป็นเวลา โดยเข้าส้วมครั้งละ 15-20 นาทีในระยะแรก

5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (ทัศนาศาสตร์ บัญทอน. 2527: 375-376)

โดยทั่วไปของผู้สูงอายุ เนื่องจากความชราภาพ สุขภาพจึงไม่แข็งแรง ความต้านทานโรคลดลง มีโอกาสติดเชื้อโรคต่างๆได้ง่าย เมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้วการรักษาต้องใช้เวลาานาน ระวังได้ นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัญหาด้านอุบัติเหตุขึ้นมีผลกระทบต่อสุขภาพ จำเป็นต้องป้องกันแต่เนิ่นๆ อุบัติเหตุที่พบบ่อยได้แก่

1. การหกล้มและกระดูกหัก พบได้มากที่สุดและผู้สูงอายุ เช่น ตกบันไดตกเก้าอี้ หกล้มจากการเดินปกติ หกล้มในห้องน้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ผลที่ตามมาคือ กระดูกหัก เพราะผู้สูงอายุกระดูกจะเปราะมากขึ้นตามอายุและการติดของกระดูกก็จะช้ากว่าวัยหนุ่มสาว มักจะพบว่าเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่นๆได้มาก

2. ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก ส่วนใหญ่มาจากการหลงลืม ตามองไม่เห็น หรือการที่กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงพอประกอบกับการผิดของข้อต่างๆ ทำให้การหยิบจับไม่คล่องตัว เช่น น้ำร้อนลวกจากการหุงต้ม เวลาอยู่ใกล้เตาไฟ การยกหม้อหุงข้าว

3. การหิบบยาผิดหรือใช้ยาผิด เพราะสายตาไม่ดี หรือแสงสว่างไม่พอประกอบกับการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องรับประทานยาเป็นประจำ และต้องช่วยตนเอง มีการรับประทานยาผิดขนาดหรือลืมรับประทานยา ทำให้มีผลเสียแก่การรักษา และเกิดอันตรายจากการรับประทานยาผิดได้ง่าย

4. อุบัติเหตุจากการจราจร พบได้ไม่น้อยในผู้สูงอายุ ที่พบมากที่สุด คือ คนเดินถนนถูกรถชน และผู้โดยสารได้รับบาดเจ็บ สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากสายตาไม่ดี ทนต่อแสงสว่างจ้าเกินไปไม่ได้ หูได้ยินเสียงไม่ชัด การตัดสินใจไม่ดี มีความเชื่องมงายในการหลบหลีกรถ

5. อุบัติเหตุเนื่องจากการจัดสิ่งแวดลอมในบ้านไม่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดลอมที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ คือ เรียบง่าย และไม่ซับซ้อน เครื่องใช้มีเฉพาะที่จำเป็นจริงๆ ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีลักษณะดังนี้

1. พื้นบ้านควรอยู่ในระดับเดียวกัน พื้นไม่ลื่นบันไดมีราวเกาะ
2. ห้องนอนไม่ควรอยู่ชั้นบนถ้าเป็นไปได้ควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้าน
3. ห้องนอนควรอยู่ใกล้ห้องน้ำ
4. แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทดี จัดสิ่งของต่างๆ ไว้เรียบร้อย ไม่เกะกะ สะดวก

ต่อการเดิน

6. ด้านสุขอนามัย

ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ หรือที่เรียกว่า "การคัดกรองสุขภาพ" โดยการทดสอบเพื่อแยกบุคคลที่อาจเจ็บป่วยออกจากคนปกติ เช่น การค้นหาโรคในระยะแรกเริ่ม ในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายที่จะให้สถานบริการทุกแห่งจัดคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะ คลินิกผู้สูงอายุจะเป็นด่านแรกในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น สำหรับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในระดับสถานบริการ (วันดี โภคะกุล, 2548: 14-16) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทำควบคู่ไปกับการป้องกันโรค ซึ่งผู้ให้บริการที่มสุขภาพควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมด้วย เช่น การให้ความรู้ สอนสุขศึกษาให้แก่ผู้สูงอายุ ขณะที่ให้บริการคัดกรองสุขภาพด้วย โดยเฉพาะเมื่อพบความผิดปกติซึ่งสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้โดยการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง การดูแลเอาใจใส่ตัวบุคคล เช่น การดูแลผม เล็บ การอาบน้ำแต่งตัว ควรดูแลเอาใจใส่ตามสมควร การดูแลสุขภาพทั่วไปเช่น การปฐมพยาบาล การให้การรักษาพยาบาลเล็กๆน้อยๆหรือพาๆไปพบแพทย์เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยและควรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน

7. ด้านสุขภาพจิต

ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร และจะได้รับประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากที่สำคัญได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ด้านเศรษฐกิจ การสูญเสียบทบาททางสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ตลอดจนต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ จะมียารมณ์เศร้า ระวัง ท้อแท้ ผิดหวัง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่า การประเมินสุขภาพจิตนั้นมักจะประเมินในแง่ของความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความซึมเศร้า การปรับตัว ความเหงา ว้าเหว่ ความวิตกกังวล และอัตมโนทัศน์ ซึ่งผลการศึกษายืนยันว่า คุณลักษณะของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ในปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่า มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งในด้านการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ แรงสนับสนุนทางสังคมนี้อาจได้รับมาจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจาก บุคคลหรือกลุ่มบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง ยอมรับนับถือ ยอมรับพฤติกรรมซึ่งกันและกันรวมทั้งตัวเขาเองก็รู้สึกว่าเป็นส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงเนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528: 76-79; อ้างอิงจาก Pender; & Caplan; & Kahn; & Thoits. 1987; 1974; 1979; 1982.)

แคปแลน (Capland. 1974) เป็นผู้คิดค้นทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในปี ค.ศ. 1972 กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้ให้การดูแลได้รับการสนับสนุนได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการโดยมีการแบ่งแรงสนับสนุนออกเป็น 4 แบบ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การให้การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal

support) แรงแสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information support) การช่วยเหลือด้านทรัพยากรหรือเครื่องมือ (Instrumental support) ซึ่งแรงแสนสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 แบบ จะต้องมึลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาได้รับความเอาใจใส่ ความรัก และความหวังดี ตลอดจนทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับของสังคม และส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม จึงจะส่งผลให้ผู้รับแรงแสนสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมหรือบรรลุจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการหลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ (Pender. 1996) ได้เพิ่มประเภทแรงแสนสนับสนุนทางสังคม จาก Caplan, Casel และ ออกไปอีกโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แรงแสนสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการช่วยบุคคลในภาวะซึมเศร้าเช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังโย การกระตุ้นเตือน

2. การให้การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่นการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องในการรับรองรวมถึงการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. แรงแสนสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพจึงเกิดประโยชน์ต่อตนเอง เช่น การให้คำแนะนำตักเตือน ให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสาร

4. การช่วยเหลือด้านทรัพยากรหรือเครื่องมือ (Instrumental support) เป็น การช่วยเหลือเรื่องงาน เงิน เวลา เช่น ช่วยเตรียมอาหารหรือช่วยดูแลบุตรเพื่อให้มีมารดามีเวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจ

5. การยอมรับ หมายถึง การทำให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะ และศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

อย่างไรก็ตามแรงแสนสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาทั้ง 5 ประเภทนั้นสามารถชักจูงเอื้ออำนวยเพื่อสนับสนุนให้บุคคลเรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เกิดพฤติกรรมหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือแรงแสนสนับสนุนของผู้ให้ สร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกในระบบของสังคม ดังนั้นกล่าวได้ว่าแรงแสนสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความจำเป็นต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล นอร์แบค (ศิริมา มิตรเกษม. 2548: 39; อ้างอิงจาก Norbeck. 1982)

แพนเดอร์ (Pander. 1996) แบ่งแรงแสนสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่ผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support group) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้น สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ มีความนับถือ หรือการยอมรับความต้องการของส่วนร่วมมีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support system) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการโดยกลุ่มนี้หากได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต และประสบผลสำเร็จในการ

ปรับตัวและมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจสิ่งเกิดขึ้นกับตน จึงสามารถให้คำแนะนำ ในส่วนที่คล้ายประสบการณ์ที่เขาประสบมาได้

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organize religious system) เช่น พุทธ คริสต์ อิสลาม ที่มีการพบปะในสถานที่ที่ทางกลุ่มศาสนานั้นๆ จัดไว้ให้เพื่อการช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนา นั้นๆ แบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับความมุ่งหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติที่เกี่ยวกับพิธีบูชาสักการะทางศาสนา แนวทางในการดำเนินชีวิต และให้การช่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อให้บุคคลบรรลุถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือผู้ช่วยเหลือในวิชาชีพ (Organized System of Caregiving of Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือในทักษะเฉพาะด้านและการบริการที่เสนอให้แก่ผู้ป่วย บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ การสนับสนุนนั้นไม่ได้ผลหรือใช้ไปหมดแล้ว ซึ่งกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพนี้จะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ขาดหรือพร่องนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support group not directed by Health Professionals) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันกลุ่มอาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีความต้องการบางอย่างที่คล้ายกัน ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิต

จากที่มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นครอบครัว เพื่อน ศาสนา องค์กรหรือกลุ่มบุคคล คู่สมรส ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความร่วมมือทางด้าน ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจ แก่ผู้รับ แรงสนับสนุนและมีผลให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ หลักการของการสนับสนุนทางสังคม จะต้องประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” การสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีให้แก่ตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม

2.4 จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือทางด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเรม (Orem, 1985)

โอเรมเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลใน ครอบครัวและในเครือข่ายทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้รวมมโนคติเกี่ยวกับบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ ต้องการการพึ่งพาโดยโอเรม (Orem, 1991) ใช้คำว่า "agent" กับ "agency" กล่าวคือ "agent" ใน ความหมายของโอเรมคือ คนที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ส่วน "agency" หมายถึง ความสามารถในการกระทำ ดังนั้น Dependent Care Agent จึงหมายถึง บุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา ส่วน Dependent Care Agency หมายถึง ความสามารถของผู้ที่ให้การดูแลบุคคลอื่น Dependent care หมายถึงการดูแลที่ได้รับจากบุคคล ผู้เป็นที่พึ่งพาและ Dependent Care Deficit หมายถึงความพร้อมหรือข้อจำกัดของผู้ให้การดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534: 20-22)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self - care deficit) (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534: 26)

ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือ ความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการ พึ่งพาไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎี ความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้อง ปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความ เจ็บป่วย หรือกับเด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาล ต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้นและในขณะเดียวกัน จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถ ที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การจะ เข้าใจแนวคิดของความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการ ดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self - care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care agency)

(สมจิต หนูเจริญกุล. 2534: 36-37)

การดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาจะยังมีความสำคัญมากขึ้นในสังคมปัจจุบันเนื่องจาก การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีความพิการ และผู้ที่มีความต้องการการดูแลยุ่งยาก ซับซ้อน จนเกินกว่าที่จะสนองตอบได้ด้วยตนเองตามลำพังหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือออกซิเจนที่บ้าน ผู้ป่วยที่ต้องล้างไตอย่างถาวร เป็นต้น

แนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองคือ เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้แก่ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด นอกจากนี้ยังจะต้องมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยขั้นพื้นฐานของผู้ให้การดูแล (Orem, 1991)

การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพานั้น ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในลักษณะหน่วยของครอบครัว ความหมายของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของโอเรม มีดังนี้

โอเรม (Orem, 1985) กล่าวถึง ครอบครัวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานสิ่งแวดล้อมของบุคคล บทบาทของครอบครัวต่อสมาชิกที่เจ็บป่วยหรือการดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา และหน่วยกลุ่มบุคคลผู้ต้องการการพยาบาล ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการอธิบายความหมายของครอบครัวแบบกระจัดกระจายจึงยากต่อการทำความเข้าใจความหมายของครอบครัวในภาพรวม ดังนั้นความหมายของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของโอเรม โดยจำแนกเป็น 3 แบบคือ

1. ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor)
2. ครอบครัวเป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา (Dependent Care Unit)
3. ครอบครัวเป็นหน่วยผู้รับบริการ (Unit of service)

ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน

เป็นความหมายซึ่งโอเรม (Orem, 1991) ต้องการอธิบายให้เข้าใจว่าเมื่อบุคคลแสวงหาและได้รับการรักษาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ในขณะที่เดียวกันครอบครัวคือหน่วยของสังคมเป็นวัฒนธรรมที่มีขนาดใหญ่กว่าบุคคล ครอบครัวจึงเปรียบกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล ปัจจัยต่างๆในระบบครอบครัวจึงมีอิทธิพล หรือมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลและสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ปัจจัยในระบบครอบครัวมีมากมายทั้งที่มีความคงที่และไม่คงที่ เช่น ความคาดหวัง หรือความเชื่อ และแหล่งประโยชน์ของครอบครัวเทลเลอร์ (Taylor, 1989) ระบบความเป็นอยู่ในครอบครัว วัฒนธรรมของครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมของครอบครัว เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในครอบครัวสถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัว แฮตส์ (Hass, 1990) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนี้ กับความต้องการ และความสามารถของบุคคล มีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบริบท และอาจมีอิทธิพลทั้งในด้านบวก และด้านลบ ความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียดและการเผชิญภาวะเครียดจากความเจ็บ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางระบบครอบครัวกับความต้องการ และความสามารถของบุคคลได้ดียิ่งขึ้นครอบครัวเป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา

หน่วยรับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา หมายถึง หน่วยซึ่งประกอบด้วยบุคคลอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป บุคคลหนึ่งคือ ผู้ป่วยหรือผู้ต้องการการพึ่งพา (Dependent member)

นอื่บุคคลหนึ่งคือผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา (Dependent care agent) ผู้รับผิดชอบอาจมีเพียงคนเดียว หรือหลายคน ดังนั้นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา อาจประกอบด้วยสมาชิกเพียงบางส่วนหรือสมาชิกทั้งหมดของครอบครัว หน่วยนี้มักจะมี ความคงที่คือมีสมาชิกเพียง 2-3 คนเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคลผู้ต้องการการ พึ่งพาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา แต่อาจเป็นหน่วยซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสลับหน้าที่ระหว่าง สมาชิกในครอบครัว เทลเลอร์ (Taylor. 1989) ตัวอย่างหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการ พึ่งพาเช่น ภรรยาดูแลสามีที่เจ็บป่วย บิดา-มารดาดูแลบุตรเจ็บป่วยหรือบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ให้การ ดูแลบิดาหรือมารดาที่เจ็บป่วย เป็นต้น การอธิบายความหมายลักษณะนี้เพื่อมิให้เกิดความสับสน กับครอบครัวในฐานะหน่วยผู้รับบริการ

ครอบครัวเป็นหน่วยผู้รับบริการ

หน่วยผู้รับบริการอาจหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่พยาบาลต้องรับผิดชอบให้การ (Orem. 1991; Taylor. 1989) เมื่อกลุ่มบุคคลที่มาอาศัยอยู่รวมกันเป็นครอบครัวคือผู้รับบริการ (Client) พยาบาลไม่ได้รับผิดชอบให้การพยาบาลโดยเฉพาะสมาชิกรายบุคคลหรือหน่วยที่ รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพาเท่านั้น แต่รวมถึงครอบครัวในฐานะหน่วยรวมหนึ่งหน่วย (Family as a Whole unit) ด้วย การอธิบายว่าครอบครัวเป็นหน่วยรับบริการต้องการเน้นให้ทราบว่า ความต้องการการพยาบาลของครอบครัวในฐานะหน่วยรวมหนึ่งหน่วย แตกต่างจากครอบครัวใน ในฐานะหน่วยที่รับผิดชอบให้การดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา แม้ว่าหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ ต้องการการพึ่งพา ประกอบด้วยสมาชิกทั้งหมดของครอบครัวก็ตาม ทั้งนี้เพราะ เป้าหมายของการ พยาบาลครอบครัวทั้งสองลักษณะนี้แตกต่างกัน

สรุปทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ได้อธิบายความหมายของครอบครัว และให้แนวทาง สำหรับการพยาบาลครอบครัวเป็นอย่างดี แต่มีข้อจำกัดในการนำเสนอเนื้อหาของทฤษฎีบางประการ จึงทำให้เกิดความสับสน เมื่อได้รับการอธิบายเพิ่มเติมโดยเทลเลอร์ (Taylor. 1989: 31-137) ทำให้ มองเห็นความแตกต่างระหว่างครอบครัวในฐานะสิ่งแวดล้อม และบุคคลตลอดจนถึงความแตกต่าง ระหว่างการพยาบาลครอบครัวที่มีจุดเน้นที่รายบุคคลคือ การพยาบาลครอบครัวในฐานะหน่วยที่ รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา กับการพยาบาลครอบครัวในฐานะหน่วยรวมหนึ่งหน่วย ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว และมีจุดเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว โดยคำนึงถึงครอบครัวแบบองค์รวม

ความชัดเจนในความหมายของครอบครัว และการพยาบาลครอบครัวตามกรอบแนวคิด ของโอเรม ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการประยุกต์ใช้ และทดสอบความถูกต้องของทฤษฎี อย่างไรก็ตาม รายละเอียดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวที่โอเรม (Orem 1983, 1991) กล่าว ถึงมีไม่มากนัก อาจทำให้มีผู้ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เพื่อการพยาบาลครอบครัวในลักษณะที่ แตกต่างกันตามพื้นฐานความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละคน

ทฤษฎีของวัตสัน Watson (1985)

วัตสันได้เสนอทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการดูแลมนุษย์แบบองค์รวมที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของจิตวิญญาณในชีวิตมนุษย์ โดยการดูแลตามแนวคิดนี้ เน้นความรู้สึกด้านอารมณ์และจิตใจของบุคคล ความสัมพันธ์ภาพ ความรัก ความเอาใจใส่ต่อกันระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล การดูแลเกิดขึ้นระหว่างบุคคลทั้งสองที่มีความเข้าใจกัน มีการรับรู้ตรงกัน จะช่วยให้สามารถตัดสินใจได้ว่าจะปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้นอย่างไรเพื่อสนองความต้องการของผู้รับการดูแล กระบวนการดูแลที่จะทำให้มีความเข้าใจถึงจิตใจซึ่งกันและกันมี องค์ประกอบ 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. การยอมรับความเป็นมนุษย์และคุณค่าของบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญที่จะนำความพึงพอใจมาให้แก่ผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล เป็นการแสดงออกถึงความรักและความยกย่องนับถือ
2. การสร้างความเชื่อ ความศรัทธาและความหวัง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นที่จะก่อให้เกิดผลในกระบวนการของการดูแล ความเชื่อของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นสิ่งสนับสนุนและมีอิทธิพลในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี
3. ความละเอียดอ่อนมีการรับรู้อย่างฉับไวในตนเองและความรู้สึกของบุคคลอื่นผู้ให้การดูแลต้องมีความไวต่อการรับรู้ในตนเองมีการตัดสินใจรวดเร็ว ต้องยอมรับและพร้อมที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตนเองจึงจะยอมรับและเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับการดูแลได้
4. การสร้างสัมพันธ์ภาพในการช่วยเหลือดูแลและความไว้วางใจ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งผู้ให้การดูแลจะต้องทำความรู้จักกับบุคคลที่ให้การดูแล และต้องตระหนักถึงสิ่งที่จะทำลายสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล
5. การยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ในการปฏิบัติเพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพของการช่วยเหลือดูแลนั้น จะมุ่งเน้นที่ความรู้สึกระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล ซึ่งจะต้องมีการยอมรับในการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ
6. การใช้วิธีแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ผู้ให้การดูแลต้องมีวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นเหตุเป็นผลและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
7. การเรียนการสอนระหว่างบุคคล เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลที่มุ่งเน้นในการให้ผู้รับการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในด้านบวก
8. การสนับสนุนประคับประคอง การป้องกันและการแก้ไขสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณให้ดีขึ้น องค์ประกอบในการดูแลนี้มีความสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริม การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันโรคและการให้การดูแลขณะเจ็บป่วย ประกอบด้วยตัวแปรภายนอกของบุคคลซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระทำต่อบุคคลหรือสังคมจะเป็นการสนับสนุนและให้ความปลอดภัยแก่บุคคลอื่นได้แก่ ความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ความสวยงาม

ส่วนตัวแปรภายในของบุคคลเป็นการประคับประคองหรือแก้ไขสภาพจิตใจเพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

9. การสนองความต้องการของบุคคล เป็นการให้การดูแลบุคคลอื่นเพื่อให้มีการเจริญเติบโตไปในทางที่ดี

10. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณการมีชีวิตอยู่ ความอดทนต่อแรงกดดันภายนอกและการเป็นตัวของตัวเองของผู้ให้การดูแล ขึ้นอยู่กับบุคลิกและประสบการณ์ตรง ซึ่งจะเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งในการที่จะต่อสู้กับปัญหาในแต่ละวัน

ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow Hierarchy of Need Theory)

ตามแนวความคิดของมาสโลว์ที่ศึกษาค้นคว้าถึงความต้องการของมนุษย์ โดยมองเห็นว่ามนุษย์ทุกคนล้วนแต่มีความต้องการที่จะสนองความต้องการให้กับตนเองทั้งสิ้น ซึ่งความต้องการนั้นมีมากมาย เขาจึงได้จัดเป็นลำดับขั้นโดยเรียงจากความต้องการขั้นต่ำสุดไปหาความต้องการขั้นสูงสุดจากทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow Hierarchy of Need Theory) (Maslow, 1970: 35-38) สรุปได้ว่าความต้องการขั้นต่ำสุดได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจแล้ว ความต้องการขั้นที่ 2 จะเกิดขึ้นและเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจเพื่อหาทางตอบสนองความต้องการนั้นเมื่อความต้องการขั้นที่ 2 ได้รับการตอบสนองบรรลุเป้าหมายแล้วความต้องการขั้นที่ 3 จะถูกพัฒนาและกระตุ้นเป็นแรงจูงใจให้เกิดความต้องการขั้นต่อไป

ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ตามแนวความคิดของมาสโลว์มี 5 ขั้น ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Need) เป็นความต้องการเพื่อความอยู่รอดของชีวิตได้แก่ ความต้องการด้านอาหาร น้ำดื่ม อากาศ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย ความต้องการทางเพศ ความต้องการความอบอุ่น ตลอดจนความต้องการที่จะถูกกระตุ้นด้วยวะรับสัมผัสแรงขับทางร่างกายเหล่านี้จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการอยู่รอดของร่างกาย ความพึงพอใจจากความต้องการขั้นพื้นฐานดังกล่าวก็จะไม่อยู่ในสภาพที่มีความพยายามที่จะแสวงหาความพึงพอใจในขั้นสูงขึ้น

2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security and Safety Need) เมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลก็จะมีความต้องการในขั้นถัดไป คือความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งรวมถึงความต้องการผู้ให้ความช่วยเหลือหรือผู้ปกป้องคุ้มครอง ความต้องการความอิสระจากความกลัวและความวิตกกังวล ความต้องการนี้จะเห็นเด่นชัดในเด็กส่วนมาก จะมีปฏิกิริยาตอบสนองอันแสดงถึงความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยแตกต่างกันไป เช่นร้องไห้เสียงดัง ไม่กล้าสบตาคนแปลกหน้า หากว่ามีการเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์บางอย่างที่คิดว่าอันตรายปรากฏนั้นเกิดขึ้นอย่างไร และวิธีหลีกเลี่ยงอันตรายจากปรากฏการณ์ต่างๆเหล่านั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กลัวหรือรู้สึกเฉยๆต่อสิ่งเหล่านั้น

3. ความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Love and belonging Needs)

ความต้องการขั้นนี้จะเกิดเมื่อความต้องการด้านร่างกายและความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้วโดยธรรมชาติของมนุษย์แล้วต้องการรวมกลุ่มและมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นเช่น ต้องการความรักจากบุคคลในครอบครัว ญาติ ผู้ร่วมงาน ต้องการเป็นที่รัก และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น บุคคลจะรู้สึกเจ็บเหงาว่าเหวเมื่ออยู่คนเดียว ขาดครอบครัว ขาดเพื่อน หรือถูกตัดขาดจากสังคม ผู้ที่ขาดความต้องการนี้ยังต้องการชดเชย เช่นผู้ที่ขาดพ่อแม่ก็ยิ่งต้องการความรักจากผู้อื่นมาชดเชย ผู้ที่รู้สึกว่าตนไม่สามารถทำประโยชน์ได้อีกยิ่งต้องการชดเชยมากขึ้น บุคคลจึงต้องทำทุกวิถีทาง เพื่อให้ได้มาซึ่งความรัก และการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่นเด็กวัยรุ่นยอมติดยาเสพติดตามคำชักชวนของเพื่อนทั้งๆ ที่รู้ว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเพียงเพื่อให้เพื่อนยอมรับ เห็นว่า พฤติกรรมของตนเองเหมือนกับของเพื่อนในกลุ่มซึ่งจะทำให้เพื่อนในกลุ่มยอมรับตนเอง บุคคลที่เกิดความตื่นเต้นสับสน วิดกกังวลจะมีแนวโน้มเข้าหาผู้อื่นให้เข้ามามีส่วนรับรู้ในความรู้สึกของตนและคอยให้กำลังใจที่ต้องต่อสู้กับความรู้สึกดังกล่าว หากความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนอง อาจมีผลต่อสุขภาพจิต ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน หากครอบครัวใดมีความรักความผูกพัน สมาชิกได้รับการยอมรับจากครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะมีสุขภาพจิตดี ในทางตรงข้ามถ้าครอบครัวใดไม่มีความรักความผูกพัน สมาชิกจะมีความหงุดหงิด ฉุนเฉียว จิตใจแปรปรวน ว่าวุ่น วิดกกังวล จนอาจเป็นโรคจิตได้

4. ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องนับถือ (Self Esteem Needs) ความต้องการ

ได้รับการยกย่องนับถือมีอยู่ 2 ลักษณะ คือลักษณะแรกเป็นการยกย่องนับถือตนเอง (Self Respect) คือ ความต้องการมีอำนาจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถ มีผลสัมฤทธิ์ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีความเป็นอิสระ ทุกคนต้องการที่จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ในภารกิจต่างๆ ลักษณะที่สองเป็นการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (Esteem from Others) คือความต้องการมีเกียรติยศ การได้รับการยกย่องชมเชยในสิ่งที่เขาได้กระทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ความสามารถของตนเองได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น เมื่อบุคคลได้รับความพอใจในขั้นนี้แล้วจะส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับการมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความเข้มแข็ง มีความสามารถและมีประโยชน์ต่อโลก ในทางตรงกันข้ามผู้ผิดหวังจะมีความรู้สึกและทัศนคติด้อยคุณค่า มีความไม่เหมาะสม มีความอ่อนแอ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งจะประเมินตนเองต่ำกว่าผู้อื่น

5. ความต้องการที่ตระหนักในความสามารถของตนเองหรือรู้จักตนเอง (Self Actualization)

ความต้องการนี้เป็นความต้องการขั้นสุดยอดของบุคคล หลังจากได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นต่างๆ ดังกล่าวขั้นต้นเป็นความเข้าใจและยอมรับตนเอง ต้องการทราบถึงความสามารถจุดเด่นและข้อบกพร่องของตนเอง เมื่อจะได้ปรับปรุงตนเองและต้องการทำงานจนสุดความสามารถได้รับความพึงพอใจสูงสุดและประสบความสำเร็จในงานที่ทำ ทฤษฎีของมาสโลว์ เป็นทฤษฎีที่เน้นความต้องการของมนุษย์ใน 3 ด้านหลัก คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยจัดชั้นความต้องการเป็น 5 ชั้น ความต้องการ 4 ชั้นแรกมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการตอบสนอง ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองทำ

ให้คุณคิดถึงความเครียดส่วนบุคคลความต้องการขั้นที่ 5 อาจไม่ได้เกิดกับทุกคนและเมื่อเกิดแล้วไม่ได้รับการตอบสนองก็ไม่ทำให้เดือดร้อนเป็นทุกข์ แต่ถ้าได้รับการตอบสนอง จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจสูงขึ้นมาก วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหา โดยเฉพาะในช่วงเกษียณอายุ จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ประกอบกับผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมร่วมด้วยเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ มีปมด้อยผิดหวัง กังวล มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความวิตกกังวลว่าจะถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนไม่มีคุณค่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการที่จะตอบสนองต่อปัญหา เพื่อให้เกิดความสุขต่อตัวผู้สูงอายุเอง (สงวนศรี วิรัชชัย. 2527: 86-88 ; จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2525: 43-48)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยทางชีวสังคม

เพศ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้วยังเป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วยเป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ ตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ตามแนวความคิดของโอเรมชี้ให้เห็นว่าเพศเป็นตัวกำหนดความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem. 1985: 42) ในผู้ดูแลที่มีเพศแตกต่างกันจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ซึ่งเป็นปรากฏการณ์สากลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้อาจจะเกิดจากประเพณีที่ยึดถือมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบงานบ้านและดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นผู้นำงานหารายได้ ประกอบกับพื้นฐานทางความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้เพศหญิงต้องทำหน้าที่ในการดูแล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า เพศมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเช่น งานวิจัยของเตื่อนใจ ภักดีพรหม (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 73.80 และพบว่า มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง ส่วน ฟูลเตอร์ และคณะ (Fuller and other. 1990) ศึกษาสภาวะสุขภาพของเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างอายุไม่เกิน 45 ปี ที่มีสถานภาพสมรสในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย

อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น ความสามารถของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในวัย 21-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่เป็นวัยของการมีครอบครัว มีความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (อรรถัย โสมนรินทร์. 2538: 41; อ้างอิงจาก Orem 1991: 239-246) ดังนั้นผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในวัย 21-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ย่อมมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า อายุมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเช่น งานวิจัยของ ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถัย โสมนรินทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแลพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และการศึกษาของ เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดตาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดตาย

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

ระดับการศึกษา

ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี การศึกษาจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถสูงจะเข้าใจสภาวะเจ็บป่วยได้ดี การศึกษาที่สูงจึงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลซักถามปัญหา มีความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ (2545) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับ พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาที่ต่ำ ส่วนการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปางพบว่า ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ทำให้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ ได้จัดทำรายงานเชิงวิเคราะห์เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย โดย ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ. 2544 จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ความแตกต่างในการศึกษามีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด เมื่อระดับ การศึกษาสูงขึ้นสัดส่วนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงจะสูงขึ้นตามไปด้วย คือในกลุ่มผู้ที่ ไม่มีการศึกษามีสัดส่วนต่ำที่สุดคือ ร้อยละ 12.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.7 ในระดับประถมศึกษา และ สัดส่วนเพิ่มสูงสุดที่ศึกษาระดับอุดมศึกษาร้อยละ 64.0 และ วาริ จิระพันธ์วานิช (2543) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับ การรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันมี ความรู้ทัศนคติ และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า การศึกษาของผู้ดูแลมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษา สูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำ

สถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อรวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต จากการศึกษาของแฮต พบว่า บุคคลที่มี คู่สมรสจะมีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยในครอบครัวมากกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรส (อรัทัย โสมนรินทร์. 2538: 42; อ้างอิงจาก Hass. 1990: 162)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเช่น งานวิจัยของ ลัตตาวัลย์ อันเมฆ (2545) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าสถานภาพโสด

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า สถานภาพสมรสของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ งานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าผู้ดูแล ที่มีสถานะภาพ สมรสต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน

รายได้ต่อเดือน

เนื่องจากรายได้เป็นเครื่องบ่งชี้ฐานะทางการเงิน ความมั่นคงและการยอมรับของสังคม และมีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น แพนเดอร์ (Pander. 1982) ผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีย่อมแสวงหาแหล่งประโยชน์สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และเป็นประโยชน์ต่อความสามารถของผู้ดูแล เพื่อดำรงภาวะสุขภาพรวมทั้งมีความสามารถในการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตน จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางการดูแลผู้สูงอายุไปด้วยเป็นอย่างดี เนื่องจากไม่ต้องพะวงกับปัญหาทางการเงิน มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยที่ต้องเผชิญเรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ตามต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแลพบว่ารายได้นั้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยก็จะสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวลัย อ้นเมฆ (2545) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า รายได้นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่อเดือนสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย

ระยะเวลาการดูแล

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต โอเรม (Orem. 1985: 35) ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุย่อมเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ที่มีเพิ่มขึ้นในแต่ละวันและจะเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้ดี อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานานก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายเกิดความเครียดและเกิดปัญหากับตัวผู้ดูแลเอง เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลลดลงได้ ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแล จะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมดูแล ทำให้รับรู้ภาระการดูแลน้อย ความเครียดลดลง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ และไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.16, p>.05$) ส่วน รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนพบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ถ้ามีสัมพันธภาพระหว่างผู้อายุไม่ดี อันเนื่องมาจากต้องทำตามหน้าที่ที่ต้องดูแลหรือทำตามความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจจะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดำเนินไปในทางที่ไม่ดี แต่ถ้าหากว่ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อนมีความผูกพันรักใคร่ มักเกิดความยินดีและเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือส่วนผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่คู่ชีวิตที่เป็นบุตรหลานหรืออื่นๆ จะทำให้ผู้ดูแลเหล่านั้นรู้สึกว่าจะต้องรับภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้นและทำให้เกิดแนวโน้มให้เกิดปัญหาทางจิตเกิดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงมีค่า 60.51 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.48 และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้นเพื่อหาตัวทำนายภาระการดูแลพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถทำนายภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 13 ส่วน สุภิญพรธน บุญยอ (2542) ศึกษาเรื่องการได้รับการดูแลและการให้การดูแลของผู้สูงอายุในอำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญพบว่า การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน หรือจากคู่สมรสกรณีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวจะได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในงานวิจัยนี้

ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ปัจจัยทางจิต

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

แฮร์ดี และคอนเวย์ (Hardy; & Conway. 1988) อธิบายว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งบุคคลจำเป็นต้องทราบว่าจะตนเองมีบทบาทอะไรและทราบด้วยว่าผู้ที่จะปฏิสัมพันธ์เป็นใคร เพื่อจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรที่เหมาะสมกับบทบาทนั้นพฤติกรรมในการแสดงบทบาทจะผสมผสานอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนเรา การที่จะแสดงบทบาทได้ดีจะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นร่วมกับการมีความรู้และทักษะเฉพาะในบทบาทนั้น ส่วนหนึ่งเป็นคุณสมบัติส่วนตัวหรือสิ่งเร้าภายในบุคคลนั่นเอง ได้แก่ทักษะการคิดรู้ ทักษะการต่อรองและร่วมมือ ทักษะการเข้าถึงคู่บทบาท นอกจากนี้ จูส์, แอนดรูว์และ รอย ยังอธิบายอีกว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ ความเกี่ยวข้องกับสภาวะอารมณ์ความสนใจส่วนตัว แรงจูงใจ สุขภาพ เวลา (Joos; Andrew; & Roy; 1985; 1991.)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลประกอบด้วย ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และการมีบทบาทมากเกินไป (Role overload) (Hardy & Conway; & McBride; & Temple & Fawdry. 1988; 1987. 311-316; 1992)

1. ความคลุมเครือในบทบาทเกิดจากการไม่แน่ใจในการกระทำและหรือการแสดงออกถึงความรู้สึกและผลลัพธ์จากการแสดงบทบาทนั้น

2. ความขัดแย้งบทบาทเกิดจากการที่ไม่สามารถมีการกระทำ หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกได้เหมาะสมกับบทบาท เนื่องจากความคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาท (Interrole Conflict) หรือระหว่างผู้ดำรงบทบาทกับคู่บทบาท (Intrarole Conflict)

3. การมีบทบาทมากเกินไปเกิดจากการต้องการเวลา และแรงงานที่สัมพันธ์กับการกระทำ หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกในบทบาทต่างๆ เกินความสามารถที่จะบรรลุตามความคาดหวังได้

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อบทบาทต่างๆ ว่าเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสัมพันธ์กับบทบาทหรือตำแหน่งที่คาดหวังเป็นความรู้สึกคับข้องใจเป้าหมายในการแสดงบทบาท ผลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การประเมินสถานการณ์มีผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของบุคคล สถานการณ์ของการดูแลที่ประเมินว่าคุณคามหรือเป็นความเครียดเป็นการพิจารณาตัดสินสถานการณ์ในทางลบการประเมินเช่นนี้ จะคุกคามความรู้สึกหรือสูญเสียความรู้สึก มีคุณค่าในตัวเองและคุกคามความรู้สึกหรือสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์

ที่ไม่พึงประสงค์บุคคลจะมีปฏิกริยาต่อสถานการณ์ด้วยการถอยหนีหรือปกป้องตนเอง มีความรู้สึกเป็นปรปักษ์และก้าวร้าวปฏิกริยาเช่นนี้ ก่อให้เกิดปฏิกริยาตอบสนองจากสังคมในทางลบ และจะมีปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ บุคคลจะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ท้อแท้ หมดหนทางอารมณ์ดังกล่าวจะรบกวนความสามารถในการคิดและการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นอุปสรรคในการดำรงบทบาทในสังคม ปฏิกริยาต่อสถานการณ์และการตอบสนองด้านอารมณ์ดังกล่าว บุคคลจะไม่สามารถแสดงบทบาทให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมได้ จึงมีความเครียดเนื่องจากการปฏิบัติตามบทบาทตามมา ดังนั้น การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณค่าและเป็นความเครียด อาจจะมีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Lazarus & Folkman; & Pearline et al; & Coyne; & Thoits. 1982; 1989; 1986; 1986.)

ในทางตรงข้ามการประเมินสถานการณ์การดูแลว่ามีผลดีหรือไม่ เป็นการตัดสินสถานการณ์ในทางบวก กล่าวคือ ผลลัพธ์ตามมาสามารถดำรงหรือส่งเสริมสวัสดิภาพของตนเองประเมินเช่นนี้จะสะท้อนอารมณ์ที่พึงพอใจ ส่งผลให้การทำหน้าที่ในสังคมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแสดงบทบาทให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมได้ เนื่องจากมีความมั่นใจดังนั้นการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ว่ามีผลดีอาจจะมีผลโดยตรงในทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Lazarus & Folkman; & Hobfoll et al. 1984; 1991.)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ คมสัน แก้วระยะ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 210 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดในบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับต่ำเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดในบทบาทในระดับต่ำทุกด้าน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการวิจัยของ อารีย์ แสงรัศมี (2547) ศึกษาความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความวิตกกังวลสามารถทำนายความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 20.0 และความพร้อมในการดูแลสามารถร่วมกันทำนายความเครียดบทบาทญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.0 และ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ศึกษาความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา ผลการวิจัยพบว่าความเครียดของการดูแล อายุของญาติผู้ดูแล และความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ ส่วน สคาล์ซ (คมสัน แก้วระยะ. 2540: 55; อ้างอิงจาก Schalach. 1989) พบว่า ประสบการณ์ของการดูแลมีทั้ง

ทางบวกและทางลบ จะเห็นได้ชัดเจนว่าบทบาทของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันทั้งด้านครอบครัว ส่วนตัว อาชีพ และสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดทั้งสิ้น และจรัณ มาลฮอตตรา และคณะ (2543) ศึกษาผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสำรวจผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาล ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 1055 คน เพื่อค้นหาลักษณะเฉพาะของพยาบาล ที่มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตลอดจนผลกระทบในด้านต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดอันเกิดจากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีความเครียดทางจิตและอารมณ์สูงสุดร้อยละ 68 ตามด้วยความเครียดในการดำเนินชีวิตในสังคม และชีวิตส่วนตัว ร้อยละ 37 ความเครียดทางสุขภาพกาย ร้อยละ 33 และความเครียดทางการเงิน ร้อยละ 22

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความรู้ หรือ Knowledge ในภาษาอังกฤษนั้นมีนิยามความหมายของความรู้ไว้มากมายสรุปได้ดังนี้ ความรู้เป็นพฤติกรรมพื้นฐานซึ่งบุคคลเพียงแต่จำได้ นึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ปฏิบัติหรือได้ยิน สิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป ระลึกกระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้จดจำได้ ความรู้นี้ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราว คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้างและวิธีแก้ปัญหาที่บุคคลสามารถสะสมถ่ายทอด สืบต่อกันไป โดยวัตถุประสงค์ของความรู้ดังกล่าวย่อในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่บลูม (Bloom. 1975)

กล่าวโดยสรุป ความรู้ หมายถึง การรับรู้ สารระ ข้อเท็จจริง เป็นความสามารถของบุคคลที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราว ทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติหรือนำไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากเดิมได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ระดับความรู้

บลูม (Bloom. 1975) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถทางสติปัญญา (Cognitive Domain) เป็น 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมชั้นง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงถึงการจำได้หรือระลึกได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension or Understanding)

ได้แก่พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่าเข้าใจ สามารถอธิบายได้ ขยายคำพูดของตนเองได้ การให้ความหมาย การคาดคะเน

3. ระดับการนำไปใช้ (Application) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่าสามารถนำความรู้ ข้อเท็จจริงที่มีอยู่ไปใช้หรือปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

4. ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่า สามารถแยกสิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ได้อย่างมีความหมายและเห็นความสัมพันธ์ของส่วนย่อยๆ นั้นด้วย

5. ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่าสามารถในการรวบรวมความรู้ แนวความคิดและข้อมูลต่างๆ มาประกอบแล้วนำไปสร้างเป็นสิ่งที่ต่างไปจากเดิม

6. ระดับการประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่าสามารถในการตัดสินคุณค่าของสิ่งของหรือทางเลือกได้อย่างถูกต้อง

กล่าวโดยสรุป ความรู้ หมายถึง การรับรู้ สาร ข้อเท็จจริง เป็นความสามารถของบุคคลที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราว ทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติ หรือนำไปใช้ในกรปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากเดิมได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ สุภรัตน์ บุญนาค (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในอำเภอบางปะอินจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเป็นปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สอดคล้องกับการวิจัยของ วิไลวรรณ บุญเรือง (2542) ศึกษาความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตสัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วย กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ในภาคเหนือพบว่า ความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดี หากส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่ดี และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมักมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่ำ

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความหมายของทัศนคติ

ระวีวรรณ อังคณรัักษ์พันธ์ (2533: 13-15) ได้รวบรวมความหมายและนิยามของทัศนคติจากนักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านสรุปได้ดังต่อไปนี้

ทัศนคติ เป็นระบบที่คงทนในการประเมินผลทั้งทางด้านบวกหรือด้านลบ เป็นความรู้สึกทางอารมณ์และเป็นแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านสิ่งต่างๆ ในสังคม

ทัศนคติ เป็นความโน้มเอียงที่จะตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ แต่ก็แตกต่างจากความพร้อมชนิดอื่นในข้อที่ว่า ทัศนคติเป็นการตอบสนองโดยใช้วิธีการประเมินผลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือทัศนคติคือสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดขึ้นและให้มีปฏิกิริยาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ตามที่คาดหวังไว้

ทัศนคติ เป็นการตอบสนองที่ก่อให้เกิดแรงขับอันไม่ประจักษ์ แรงขับดังกล่าวนี้ มีความสำคัญต่อการเกี่ยวข้องกับบุคคลต่างๆ ภายในสังคมของแต่ละบุคคล เช่น กระตุ้นให้คนเรามีท่าทีที่แตกต่างกันหรือเหมือนกันเมื่อพบกับบุคคลคนหนึ่ง

ทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ (วัฒนา ศรีสัตย์วาจา. ม.ป.ป.: 4-6)

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) หรือด้านความคิด ความเข้าใจ ได้แก่ ความคิดซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล เป็นความรู้ ความเชื่อ ความคิดรวบยอด หรือการรับรู้ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจเป็นแง่ดีหรือไม่ดี เช่นถ้าเรารู้ว่าคอมพิวเตอร์ดีหรือไม่ดีอย่างไร ก็จะทำให้เราเกิดทัศนคติในการทำงานนั้นต่อคนที่เป็คอมพิวเตอร์ได้

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้า แล้วแต่ละบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกนึกคิดในทางลบหรือทางบวก ได้แก่ ความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากองค์ประกอบแรก เช่น เกลียด รัก ชอบ ฯลฯ ความรู้สึกนี้อาจจะแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เมื่อเขาคิดเห็นหรือ กล่าวถึงสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางด้านปฏิบัติ (Behavior Component) องค์ประกอบนี้มีแนวโน้มไปในทางปฏิบัติหรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดปฏิกิริยาปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มเอียงที่จะมีการกระทำต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทิศทางใดทิศทางหนึ่งทั้งนี้ หมายถึงจะแสดงออกโดยไม่ฝืนต่อความคิดและความรู้สึกในสององค์ประกอบข้างต้น

จากองค์ประกอบเหล่านี้คงจะพอสรุปได้ว่ามีอยู่ในคำจำกัดความทั้งหลายของนักจิตวิทยาข้างต้น แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในการใช้คำพูดและรายละเอียดอยู่บ้าง นักจิตวิทยาเน้นถึงองค์ประกอบทางความคิด ดังนั้นถ้าหากว่าทุกทัศนคติประกอบด้วยความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมแล้ว น่าจะคิดถึงคำสหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้งสามนี้ ซึ่งหมายความว่า การประเมินค่าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งในทิศทางใดทิศทางหนึ่งควรจะสอดคล้องกับ

องค์ประกอบที่เหลืออีกสององค์ประกอบ เพื่อให้เห็นว่าคำจำกัดความของทัศนคติที่มีการกำหนดขึ้นมา

เคนด์เลอร์กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นความเชื่อ ความรู้สึก ความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่ แสดงออกที่บ่งบอกสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motive) และแรง ขับ (Drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ (State of Readiness) และแสดงให้เห็นทราบ ถึงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองสิ่งเร้าของบุคคลที่เข้าหาหรือหนีไป (Kendler. 1974: 671) แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ทัศนคติทางบวกหรือทัศนคติทางดี เป็นแนวโน้มที่บุคคลจะเข้าหาสิ่งเร้าหรือ สถานการณ์นั้นเนื่องจากความชอบหรือประทับใจ
2. ทัศนคติทางลบหรือทัศนคติทางไม่ดี เป็นแนวโน้มที่บุคคลจะถอยหนีออกจากสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้น เนื่องจากความไม่ชอบหรือไม่พอใจ

ลักษณะของทัศนคติ

ทัศนคติ เป็นความโน้มเอียง หรือความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มีความสำคัญ ด้วยลักษณะอาการ ที่ได้มีการพิจารณาไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม ความโน้มเอียงทั้งหมดไม่ได้เป็น ทัศนคติทุกอย่าง เราต้องระมัดระวัง แยกทัศนคติออกจากสภาพแรงจูงใจ ที่เกิดจากภายในเกณฑ์ที่บ่งบอกสิ่งใดเป็นทัศนคติ มีดังนี้

1. ทัศนคติ เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญทำให้ทัศนคติแตกต่างจาก แรงจูงใจ ทางกาย เช่น ความหิว เป็นแรงจูงใจทางกาย เป็นสิ่งที่ไม่ต้องเรียนรู้
2. ทัศนคติ เป็นสิ่งที่ก่อตัวขึ้นอย่างมั่นคงและต่อเนื่องกันมา เมื่อทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น จากการเรียนรู้ ผลที่ตามมาคืออาจเปลี่ยนแปลงได้โดยผ่านประสบการณ์
3. ทัศนคติ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำ สิ่งที่ถูก กระทำ ทัศนคติ สร้างขึ้นจากการมีความสัมพันธ์ต่อสิ่งเร้าเฉพาะพิสัยนี้ได้ และความสัมพันธ์ของ คนที่มีต่อกลุ่มปัญหาและตัวบุคคลเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่ในทัศนคติของผู้นั้น

แนวความคิดของการเกิดทัศนคติ

โพสเตอร์ (Foster. 1952; อ้างอิงจาก ศุภกนิษฐ์ ผลไพรินทร์. 2540: 79-82) ได้สรุป แนวความคิดของการเกิดทัศนคติ ว่าขึ้นอยู่กับมูลเหตุ 2 ประการคือ

1. ประสบการณ์ (Experience) ที่บุคคลกับสิ่งของ บุคคลหมู่คณะ หรือ เรื่องราวต่าง ๆ หรือสถานการณ์ ทัศนคติจึงเกิดขึ้นในตัวบุคคล จากการได้พบเห็นคุ้นเคย อาจถือได้ว่าเป็น ประสบการณ์โดยตรง (Direct Experience) จากการได้ยินได้ฟัง ได้เห็นรูปภาพ หรือการได้อ่าน เกี่ยวกับเรื่องนั้น แต่ไม่เห็นไม่ได้ทดลองกับของจริงด้วยตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ ทางอ้อม (Indirect Experience) เนื่องจากทัศนคติ เป็นสิ่งที่บุคคลรับทราบ (Cognitive) บุคคลจะ ไม่มีทัศนคติต่อสิ่งที่เขาไม่มีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

2. ระบบค่านิยมและการตัดสินค่านิยม (Value System and Justment) เนื่องจากกลุ่มชนแต่ละกลุ่มมีค่านิยมและการตัดสินค่านิยมไม่เหมือนกัน คนแต่ละกลุ่มจึงอาจมีทัศนคติต่อสิ่งเดียวกันแตกต่างกันได้

สรุปว่า ทัศนคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ความชอบในคุณค่า ซึ่งอาจเป็นบุคคล วัตถุสิ่งของหรือเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นไปทางบวกหรือทางลบ ของแต่ละบุคคล เช่น ชอบ ไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ยอมรับได้ หรือยอมรับไม่ได้ เป็นต้น สำหรับในการศึกษาคครั้งนี้ ทัศนคติหมายถึง การให้ความสนใจ มีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ หรือยอมรับ หรือไม่ยอมรับ ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าทัศนคติจะเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์ (2540) ศึกษาความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับสูง ผลการเปรียบเทียบพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีทัศนคติดีกว่าพยาบาลที่มีอายุมาก ซึ่งทัศนคติของพยาบาลมีส่วนในการทำนายพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลัดดา อิ่มทองใบ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแลบุตร

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่าทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ เกิดขึ้นร่วมและพึ่งพาอาศัยกัน ก่อให้เกิดการปฏิบัติขึ้นการเกิดขึ้นร่วมกันและพึ่งพาอาศัยกัน สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้หลายรูปแบบ ซึ่งอาจเป็นความสัมพันธ์โดยตรงหรือความสัมพันธ์โดยอ้อมคือความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ ความรู้และทัศนคติต่างก็ก่อให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติ ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางตรงและทางอ้อมโดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาดังนั้น ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเป็นที่เชื่อกันว่าทัศนคติจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีในด้าน

สุขภาพและขณะเดียวกันการปฏิบัติที่ดีของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นด้วยโดยมีความรู้เป็นพื้นฐาน

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน เป็นที่เชื่อกันว่า ทัศนคติจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีในด้านสุขภาพ และขณะเดียวกันการปฏิบัติที่ดีของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นด้วย ทั้งนี้ ความรู้เป็นพื้นฐานในการสนับสนุน

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายในตนนั้น รอตเตอร์ (Rotter. 1966: 2-25) เป็นบุคคลแรกที่สนใจศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งอธิบายว่าผลตอบแทนอันหนึ่งที่ได้มาจากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังนี้ก่อตัวจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ จนกลายเป็นทัศนคติหรือบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล นอกจากนั้นผลตอบแทนที่ได้รับแต่ละครั้ง ยังอาจทำให้ความคาดหวังต่อไป สูงขึ้นหรือต่ำลงได้อีกด้วย

ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Local of Control) เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่าสิ่งต่าง ๆ เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลที่เกิดจากการกระทำ ทักษะหรือความสามารถของตนเอง ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ นั้นได้ เป็นต้นว่าทำได้ดี ทำชั่วจะได้ชั่วตอบแทนหรือถ้าตนพยายามมากจะได้ผลมาก ถ้าตนพยายามน้อยจะได้ผลน้อย (Rotter; & Lefcort; & Stricklan. 1966. 1-28; 1966: 206-207; 1977: 221)

ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Locas Of Control) ได้ประยุกต์มาจากความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเองของ รอตเตอร์ เพื่อให้เหมาะสมและนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องยิ่งขึ้น (Seeman & Evans; Wallstone & others. 1962: 772-783; 976: 580-585)

จากงานวิจัยของ ฮอลแลนเดอร์ (Hallander. 1981: 123) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำการที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผล และมีความพยายามมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น ความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Internal Health Locus Control) หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อที่ว่าคนที่ตนมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง หรือไม่เป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตน และเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บ จากการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขลักษณะ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 218-219) ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า

การมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับ การมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคตตามลำดับ ส่วน กรรณิการ์ กั้นรักษา (2527: ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ 150 คนพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจความบังเอิญและความเชื่ออำนาจผู้อื่น

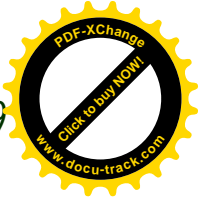
จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล (Therapeutic self-care demand) ครอบคลุมจึงเป็นแหล่งประโยชน์พื้นฐานที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแล และระบบการพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคล โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุตรกับบิดามารดา และการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว จะปรากฏแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการชีวิต การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมากน้อยและต้องใช้เวลานานเพียงใดขึ้นอยู่กับการปรับตัวของครอบครัว การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยในการพัฒนาและก่อให้เกิดความพึงพอใจขึ้นในครอบครัว โดยทั่วไประบบโครงสร้างและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้น บทบาทในการดูแลเป็นสิ่งที่ต้องตกลงกันในครอบครัวว่าใครจะรับบทบาทในการดูแล อาจจะมีผู้รับผิดชอบเพียงหนึ่งคนหรือมากกว่านี้แต่สิ่งสำคัญต้องคำนึงถึง คือ ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์ทั้งระบบ โครงสร้างบทบาท และกระบวนการดูแล เคธ (Keith, 1995: 179-178)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ แพรทและคณะ (Pratt; et al. 1993: 376-382) ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในกลุ่มบุตรสาวผู้ดูแลกับมารดาสูงอายุจำนวน 64 คู่ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวผู้ดูแลกับมารดาสูงอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมของมารดา โดยสัมพันธภาพทางลบจะมีผลทำให้บุตรสาวรับรู้ถึงพฤติกรรมของมารดาออกมาในทางลบ สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของมารดาในทางบวกเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่าง



บุตรสาวกับมารดาในทางบวก ซึ่งให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลมีความสำคัญมากต่อแนวทางในการตัดสินใจและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ส่วนงานวิจัยของเพ็ญใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถทำนายภาระในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปและคาดได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดีมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติของผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ ของผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุ มาตรวจสุขภาพ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ในระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม 2552 ได้มาจากผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดก่อนแจกแบบสอบถามให้กับผู้ดูแลท่านนั้นและรอให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามจนเสร็จแล้วรีบคืนใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 270 คนโดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.1 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุระบุว่าให้การดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุด และเป็นผู้นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมากที่สุด

1.2 ต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าเป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุและเพียงพอต่อการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้

2. กลุ่มผู้สูงอายุ

2.1 เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับตา เป็นต้น

2.2 เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ในการทำกิจกรรมต่างๆ

เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ารเข้าใช้ห้องสุขา ารเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง การเดิน ภายในและนอกบ้าน การขึ้นบันได การทำงานบ้าน การประกอบอาหาร เป็นต้น แต่ต้องมีผู้ดูแลให้ การช่วยเหลือในกิจกรรมเหล่านี้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการวัดตัวแปรต่างๆ ได้แก่ตัวแปรอิสระมี 2 ตัวแปร คือ ลักษณะทาง ชีวสังคม และลักษณะทางจิตกับตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้วิจัยได้ ดำเนินการสร้างแบบวัดจากการค้นคว้าหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับ กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 7 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
3. แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
6. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
7. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 7 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสอบถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความ ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของ ท่านมากที่สุด

1. เพศ
() เพศชาย () เพศหญิง
2. อายุ
() อายุต่ำกว่า 21 ปี () อายุ 21-40 ปี
() อายุ 41-60 ปี () อายุ 61 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา
 - () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา
 - () ระดับปริญญาตรี () สูงกว่าระดับปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 - () โสด
 - () สมรส
 - () หม้ายหรือหย่าร้าง
5. รายได้ต่อเดือน
 - () ต่ำกว่า 5,000 บาท
 - () 5,000-10,000 บาท
 - () มากกว่า 10,000 บาท
6. ระยะเวลาการดูแล
 - () 1-6 เดือน () 7-12 เดือน () 1 ปีขึ้นไป
7. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
 - () คู่ชีวิต
 - () บุตร
 - () หลาน
 - () อื่นๆ (โปรดระบุ)

2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย ด้านสุขภาพจิต แบบวัดมีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จากทุกครั้ง ถึงไม่เคยเลย ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน

การสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย ด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังศึกษาข้อมูลจากหนังสือ เอกสารวิชาการต่างๆ และข่าวสารข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Internet) เพื่อประกอบการศึกษา
2. กำหนดนิยามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน
3. เขียนคำถามตามนิยามปฏิบัติการณ์ให้ครอบคลุม

4. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณา ตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่นำผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจ ตีกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 50 คน นำมาตรวจให้คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ได้จำนวน 30 ข้อ

6. นำข้อคำถามที่คัดเลือกแล้วจากการทดลองใช้ มาหาความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ได้ค่า .9559 โดยมีตัวอย่างดังนี้

ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด

พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
ด้านโภชนาการและอาหาร ท่านจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานอย่างไร 0. ท่านจัดอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ต่างๆ เพื่อช่วยในการขับถ่ายให้ ผู้สูงอายุ.....

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1-30

การให้คะแนน ทุกครั้ง (4) บ่อยครั้ง (3) บางครั้ง (2) ไม่เคยเลย (1)

เกณฑ์พิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลและคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 30 ข้อ มีดังนี้

ผลการวิเคราะห์การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน จำนวน 270 คน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 92.41 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 14.71

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง
คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด คือ 99.76 - 120

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง
คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 85.04 - 99.75

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำ
คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 30 - 85.03

ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลต่ำ ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลต่ำ

3. แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ลักษณะแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้ยืมแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างโดยคมสัน แก้วระยะ (2540) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบบวัดมีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ ตลอดเวลาหรือเป็นประจำถึงไม่เคยเลย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Alpha-Coefficient) .9398

ตัวอย่างแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ตลอดเวลาหรือเป็นประจำ
0. ท่านอึดอัดที่คนในครอบครัวต้องการให้ท่านดูแลผู้สูงอายุ
00. ท่านรู้สึกว่าการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหาแก่ท่านในการทำหน้าที่อื่นในครอบครัว

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนดังนี้

ตลอดเวลาหรือเป็นประจำ (4) บ่อยครั้ง (3) นาน ๆ ครั้ง (2) ไม่เคยเลย (1)

เกณฑ์พิจารณาระดับความเครียดและคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 30 ข้อมีดังนี้
ผลการวิเคราะห์การวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจำนวน 30 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง
30-120 คะแนน จำนวน 270 คน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 101.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(S.D.) คือ 12.68

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด คือ 107.39 – 120.00

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 94.70 – 107.38

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 30.00 – 94.69

ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเครียดสูงกับกลุ่มที่มีความเครียดต่ำ
ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่า
เป็นผู้ที่มีความเครียดมาก ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็น
ผู้ที่มีความเครียดน้อย

4. แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ลักษณะแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 15 ข้อ แบ่งความรู้ในการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน
ด้านออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย ด้านสุขภาพจิต
โดยให้คะแนนถูก ผิด ให้คะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน

การสร้างแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ
และอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกัน
อุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย ด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังศึกษาข้อมูลจากหนังสือ เอกสารวิชาการ
ต่างๆและข่าวสารข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Internet) เพื่อประกอบการศึกษา

2. กำหนดนิยามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. เขียนคำถามตามนิยามปฏิบัติกรให้ครอบคลุม

4. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณา
ตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมตาม
ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจ ตี๊กผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 50 คน นำมาตรวจให้คะแนนแล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) และเลือกเฉพาะข้อที่ความสัมพันธ์ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ได้จำนวน 15 ข้อ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - total correlation) ตั้งแต่ .194 - .630 ทั้งนี้มีข้อคำถามบางข้อ (ได้แก่ ข้อ 14) ตรวจสอบแล้วข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่า .2 แต่ผู้วิจัยไม่สามารถตัดทิ้งได้เนื่องจากหากตัดทิ้งแล้วจะไม่สามารถวัดพฤติกรรมผู้ดูแลได้ครอบคลุมตามนิยามปฏิบัติการที่กำหนด

6. นำข้อคำถามที่คัดเลือกแล้วจากการทดลองใช้ มาหาความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ได้ค่า .8195 โดยมีตัวอย่างดังนี้

ตัวอย่างแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
ด้านโภชนาการและอาหาร 0. ผู้สูงอายุที่ได้รับประทานอาหารมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วน เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงได้

คำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ ดังนี้

ถูกต้อง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นจริง

ไม่ถูกต้อง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริง

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 และ 14

ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน

ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5, 8 และ 15

ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน

ไม่ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์พิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลและคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 15 ข้อมีดังนี้

ผลการวิเคราะห์การวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 15 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 2-15 คะแนน จำนวน 270 คน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 11.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 2.44

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด คือ 13.14 – 15.00

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 10.69 – 13.13

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 2.00 – 10.68

ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความรู้สูงกับกลุ่มที่มีความรู้ต่ำผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้มากกว่าส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ต่ำ

5. แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ลักษณะแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบวัดมีทั้งเชิงนิมิต (Positive) และเชิงนิเสธ (Negative) แบบวัด มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคอร์ท (Likert's scale) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ให้คะแนนระหว่าง 10-50 คะแนน

การสร้างแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังศึกษาข้อมูลจากหนังสือ เอกสารวิชาการต่าง ๆ และข่าวสารข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Internet) เพื่อประกอบการศึกษา

2. กำหนดนิยามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. เขียนคำถามตามนิยามปฏิบัติการให้ครอบคลุม

4. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณา ตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 50 คน นำมาตรวจให้คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) และเลือกเฉพาะข้อที่ความสัมพันธ์ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ได้จำนวน 10 ข้อ

6. นำข้อคำถามที่คัดเลือกแล้วจากการทดลองใช้ มาหาความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ได้ค่า .8633 โดยมีตัวอย่างดังนี้

ตัวอย่างแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0. ท่านรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ท่านทำอยู่เป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนแยกตามลักษณะของข้อความทัศนคติทางบวกหรือทางลบดังนี้
ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 7

การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 8, 9 และ 10

การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) เห็นด้วย (2) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (4) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)

เกณฑ์พิจารณาระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลและคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 10 ข้อมีดังนี้

ผลการวิเคราะห์การวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล 10 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน จำนวน 270 คน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 38.69 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 5.25

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอยู่ในระดับที่ดี

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด คือ 41.33 – 50.00

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอยู่ในระดับที่ปานกลาง

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 36.07 – 41.32

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอยู่ในระดับที่ต่ำ

คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 10.00 – 36.06

ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีกับกลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดีผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ดี

6. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยยืมแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพของวอลส์ตันและคณะ (Wallston, et al. 1997: 114) ซึ่งกรรณิการ์ กันธรักษาเป็นผู้แปล โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะข้อที่สามารถวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 6 ข้อ แบบวัดมีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 6-36 คะแนน มีความเชื่อมั่น (Alpha-Coefficient) ได้ .8037

ตัวอย่างแบบวัดเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย			ไม่เห็นด้วย		
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยเล็กน้อย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
0. ท่านเชื่อว่าการดูแลของท่านเป็นตัวกำหนดว่าผู้สูงอายุหายเร็วหรือช้า

เกณฑ์การพิจารณาคะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วยปานกลาง (2) ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3) เห็นด้วยเล็กน้อย (4) เห็นด้วยปานกลาง (5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6)

เกณฑ์พิจารณาระดับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุและคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ข้อมีดังนี้

ผลการวิเคราะห์การวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 6 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 6-36 คะแนน จำนวน 270 คน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 26.69 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 5.68

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง
คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด คือ 29.54 – 36.00

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง
คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 23.85 – 29.53

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ
คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 6.00 – 23.84

ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลสูงกับกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลต่ำ ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ย เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลสูง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลต่ำ

7. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ลักษณะแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้ยืมแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุซึ่งสร้างโดยคมสัน แก้วระยะ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบบวัดมีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) เนื้อหาของแบบวัดครอบคลุมเกี่ยวกับ 2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดังนี้ ด้านการยอมรับ ความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 10-20 ให้คะแนนระหว่าง 20-80 คะแนน มีความเชื่อมั่น (Alpha-Coefficient) ได้ .8834

ตัวอย่างแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงบ้างเล็กน้อย	จริงค่อนข้างมาก	จริงมากที่สุด
0. ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน
00. ท่านยอมรับผู้สูงอายุตามสภาพที่ผู้สูงอายุเป็น

เกณฑ์การพิจารณาคะแนน

จริงมากที่สุด (4) จริงค่อนข้างมาก (3) จริงบ้างเล็กน้อย (2) ไม่จริงเลย (1)

เกณฑ์พิจารณาระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุและคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 20 ข้อมีดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุจำนวน 20 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน จำนวน 270 คน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 62.96 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 11.18 คะแนนสูงจัดว่า ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุสูง

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด คือ 68.56 – 80.00

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 57.37 – 68.55

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 20.00 – 57.36

ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุสูงกับกลุ่มที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุต่ำผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุสูง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยถือว่าเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการนำแบบวัดไปแจกกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 270 คน ผู้วิจัยจะแจ้งเลือกผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจริง ๆ จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบวัดให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบและขอรับแบบวัดคืนทันที

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับและนำไปตรวจให้คะแนน

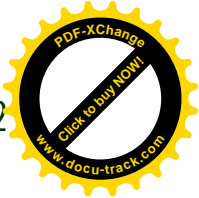
3. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ตามตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน คือ ตัวแปรเพศ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อ



การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1, 8, 9, 10, 11 และ 12

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม คือ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7

4. หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมี ปัจจัยทางจิตเป็นตัวทำนาย ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เพื่อสมมติฐานข้อที่ 13



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย และแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การหาค่าร้อยละของผู้ดูแลและผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรชีวสังคม 2) การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางจิต 5 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา

สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78	28.89
หญิง	192	71.11
อายุ		
อายุต่ำกว่า 21 ปี	33	12.22
อายุ 21-40 ปี	126	46.67
อายุ 41-61 ปี	97	35.93
อายุ 61 ปีขึ้นไป	14	5.19

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	74	27.41
ระดับมัธยมศึกษา	87	32.22
ระดับปริญญาตรี	95	35.19
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	14	5.19
สถานภาพสมรส		
โสด	113	41.85
สมรส	128	47.41
หม้ายหรือหย่าร้าง	29	10.74
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	76	28.15
5,000-10,000 บาท	117	43.33
มากกว่า 10,000 บาท	77	28.52

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 71.11 เพศชายจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-40 ปี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 41-60 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 วัยสูงอายุเป็นวัย ที่ดูแลผู้สูงอายุน้อยที่สุดจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.19 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 35.19 รองลงมาเป็นการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 32.22 ระดับประถมศึกษา จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 27.41 สูงกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.19 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่สมรสแล้ว จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 47.41 รองลงมาเป็นคนโสด จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 41.85 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทและมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทมีจำนวนใกล้เคียงกันคือ 76 และ 77 คน คิดเป็นร้อยละ 28.15 และ 28.52 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 71.48 และทำหน้าที่ต่ำกว่า 1 ปีจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 28.52 ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 54.44 รองลงมาเป็นหลานจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 และอื่นๆ ได้แก่ ลูกสะใภ้ พี่ชาย น้องชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81

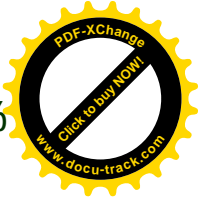
ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยทางจิตและพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ปัจจัยทางจิต			
- ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	101.04	12.68	ปานกลาง
- ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	11.91	2.44	ปานกลาง
- ทักษะคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล	38.69	5.25	ปานกลาง
- ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	26.69	5.68	ปานกลาง
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ	62.96	11.18	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล	92.41	14.71	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียดในบทบาท
ความรู้ ทักษะคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพสัมพันธภาพ
ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับ
ปานกลาง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยนำเสนอผลการทดสอบสมมติฐานเป็น 2 ส่วน คือ 1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยใช้
การทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance)
เมื่อพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ และทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี LSD (Least Significant
Difference) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-12 ปรากฏผลดังตาราง 3-5 และ 2) การวิเคราะห์ปัจจัย
ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ
(Multiple Regression Analysis) ดังตาราง 8



ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตาม
ปัจจัยชีวิตสังคม

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อ
จำแนกตามตัวแปรเพศ

เพศ	n	\bar{x}	S.D.	t	p
ชาย	78	92.60	14.16	0.13	0.89
หญิง	192	92.34	14.97		

หมายเหตุ: n แทน จำนวนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 \bar{x} แทน ค่าเฉลี่ย
 S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงแบบที (t-test)
 p แทน ความน่าจะเป็น

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศชาย ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
จำแนกตามปัจจัยชีวสังคม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	2011.23	670.41	3.17*	0.03
	ภายในกลุ่ม	226	56216.31	211.34		
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	540.51	180.17	0.83	0.48
	ภายในกลุ่ม	226	57687.03	216.87		
สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	1003.59	501.795	2.34	0.09
	ภายในกลุ่ม	267	57223.95	214.322		
รายได้ต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	2	897.01	448.50	2.09	0.13
	ภายในกลุ่ม	267	57330.53	214.72		
ระยะเวลาการดูแล	ระหว่างกลุ่ม	2	714.49	357.24	1.66	0.19
	ภายในกลุ่ม	267	57513.05	215.40		
ลักษณะความ สัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	503.69	167.89	0.77	0.51
	ภายในกลุ่ม	266	57723.84	217.00		

*p < .05

- หมายเหตุ: df แทน ระดับชั้นแห่งความเป็นอิสระ
- MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง
- SS แทน ระดับชั้นแห่งความเป็นอิสระ
- F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ
- p แทน ความน่าจะเป็น

ตาราง 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธี LSD ปรากฏผลดังตาราง 5

ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน สถานภาพสมรสต่างกัน รายได้ต่อเดือนต่างกัน ระยะเวลาการดูแลต่างกัน ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3-7

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามระดับอายุเป็นรายคู่

อายุ	41-60 ปี 21-40 ปี 61 ปีขึ้นไป			
	\bar{X}	95.73	91.41	88.71
41-60 ปี	95.73	-	-	-
21-40 ปี	91.41	4.32*	-	-
61 ปีขึ้นไป	88.71	7.02	2.70	-
ต่ำกว่า 21 ปี	88.06	7.67*	3.35	0.65

*p <.05

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า คือ อายุ 41-60 ปี มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า คือ อายุต่ำกว่า 21 ปี และ อายุ 21-40 ปี แต่คู่อื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง ดังนั้นผลวิจัยที่ได้จึงเป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามปัจจัยทางจิต

ตาราง 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลจำแนกตามปัจจัยทางจิต

ปัจจัยทางจิต	n	\bar{X}	S.D.	t
ความเครียดสูง	86	95.49	15.34	3.97**
ความเครียดต่ำ	70	85.70	15.26	
ความรู้สูง	86	94.73	13.98	4.53**
ความรู้ต่ำ	62	83.73	15.35	
ทัศนคติดี	76	98.20	13.15	5.12**
ทัศนคติไม่ดี	64	84.45	16.25	
ความเชื่ออำนาจในตนสูง	90	97.72	11.40	4.14**
ความเชื่ออำนาจในตนต่ำ	62	87.24	17.54	
สัมพันธภาพสูง	87	100.10	11.93	7.65**
สัมพันธภาพต่ำ	71	83.49	15.35	

**p <.01

จากตาราง 6 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทสูง ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูง ทักษะคติต่อการดูแลผู้สูงอายุดี ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพสูง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางจิตในกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8-12

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากปัจจัยทางจิต 5 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ปรากฏผลดังตาราง 7

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Str	Kno	Att	Bel	Rel
Bh	.364**	.377**	.285**	.324**	.438**
Str	1	.387**	.401**	.446**	.471**
Kno		1	.313**	.197**	.277**
Att			1	.263**	.548**
Bel				1	.301**
Rel					1

**p < .01

- หมายเหตุ:
- Bh แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
 - Str แทน ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
 - Kno แทน ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - Att แทน ทักษะคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - Bel แทน ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ
 - Rel แทน สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

จากตาราง 7 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ปัจจัยทางจิตเป็นตัวทำนาย

ลำดับที่	ตัวทำนาย	b	β	R	R ²	R ² Change	F Chang
1	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ	.426	.324	.438	.192	.192	63.664***
2	ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.269	.211	.492	.242	.050	17.705***
3	ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล	.479	.185	.522	.273	.031	11.196***

***p < .001, ค่าคงที่ (a) = 37.682, ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานการทำนาย (S.E.est) = 5.554

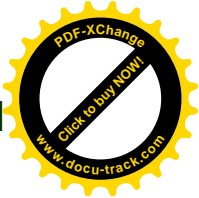
- หมายเหตุ :
- b แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
 - β แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
 - R แทน ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์พหุคูณ
 - R² แทน ค่าอำนาจในการทำนาย
 - R² Change แทน ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้นเมื่อตัวแปรทำนายเข้าสมการ
 - F Change แทน ค่าสถิติการแจกแจงแบบ F (F-Distribution)

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยใช้ปัจจัยทางจิต 5 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เป็นตัวทำนายพบว่า ตัวแปรทางจิตที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลเรียงตามลำดับดังนี้

ลำดับที่ 1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19.2

ลำดับที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.0

ลำดับที่ 3 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1



เมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดย
การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณโดยใช้คำสั่ง **Enter** (บุญเรียง ขจรศิลป์. 2547: 189-192) พบว่า
ปัจจัยทางจิตทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 26.3



บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
2. เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากปัจจัยทางจิตของผู้ดูแลได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนเองด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ดูแลเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย
2. ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย
3. ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำ
4. ผู้ดูแลที่มีสถานะภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน
5. ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่อเดือนสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ
6. ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน
7. ผู้ดูแลที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน
8. ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ
9. ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่พอ
10. ผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี

11. ผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพต่ำ
12. ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี
13. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ และ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ผู้สูงอายุได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษากับบุคคลในครอบครัว ญาติ ของผู้สูงอายุ ที่นำผู้สูงอายุมา ตรวจสุขภาพ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม 2552 จำนวน 270 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1. ตัวแปรลักษณะชีวสังคม

เพศ

- 1) เพศชาย
- 2) เพศหญิง

อายุ

- 1) อายุต่ำกว่า 21 ปี
- 2) อายุ 21-40 ปี
- 3) อายุ 41-60 ปี
- 4) อายุ 61 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา

- 1) ระดับประถมศึกษา
- 2) ระดับมัธยมศึกษา
- 3) ระดับปริญญาตรี
- 4) สูงกว่าระดับปริญญาตรี

สถานภาพสมรส

- 1) โสด
- 2) สมรส
- 3) หม้ายหรือหย่าร้าง

รายได้ต่อเดือน

- 1) ต่ำกว่า 5,000 บาท
- 2) 5,000-10,000 บาท
- 3) 20,000 บาท ขึ้นไป

ระยะเวลาการดูแล

- 1) 1-6 เดือน
- 2) 7-12 เดือน
- 3) 1 ปีขึ้นไป

ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

- 1) คู่ชีวิต
- 2) บุตร
- 3) หลาน

2. ตัวแปรลักษณะทางจิต

- 1) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3) ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล
- 5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 7 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
3. แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. แบบวัดทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
6. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
7. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม และหัวหน้าหน่วยตรวจโรค อายุรศาสตร์ ดึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลซึ่งการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน จากนั้นได้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ จึงนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานโดยทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของผู้ดูแลจำแนกตามปัจจัยชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ t-test และ F-test จากนั้นทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธี LSD (Least significant difference) และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยมีปัจจัยทางจิตเป็นตัวทำนายด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศชาย
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าคืออายุ 41-60 ปี มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าคืออายุต่ำกว่า 21 ปี และอายุ 21-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน
6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการดูแลต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน
7. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

8. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำอย่างมีนัยสำคัญ .01
9. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ในระดับสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
10. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุในระดับที่ดีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุในระดับที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
11. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
12. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
13. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19.2, 5.0 และ 3.1 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลเป็น 2 ส่วน คือ

1) อภิปรายผลการวิจัยตามตัวแปรที่พบว่า เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) ปัจจัยทางชีวิตสังคม

อายุ

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวิตสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ความสามารถในการเข้าใจหรือตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆและเผชิญปัญหาได้ดี มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่นๆ ได้ และความสามารถนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (อรทัย โสมนรินทร์. 2538: 41; อ้างอิงจาก Orem. 1991: 239-246) ผลงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลัดดาวัลย์ อันเมฆ (2545) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ต่อเดือน

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวิตสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท แต่คุณอื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง ดังนั้น ผลวิจัยที่ได้จึงเป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง รายได้ต่อเดือนเป็นเครื่องบ่งชี้ฐานะทางการเงิน ความมั่นคงและการยอมรับของสังคม และมีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Pander; 1982) ผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีจะแสวงหาแหล่งประโยชน์ สิ่งอำนวยความสะดวกสบายต่อความสามารถของผู้ดูแล เพื่อดำรงภาวะสุขภาพรวมทั้งมีความสามารถในการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตนเองและผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปด้วยเป็นอย่างดี รายได้ต่อเดือนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวันทั้งตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลจึงเป็นแหล่งประโยชน์เบื้องต้น ที่เอื้ออำนวยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ซึ่งหากมีรายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลเพียงพอ จะทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุลดน้อยลงได้ ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของโอเรมที่ว่า รายได้เป็นปัจจัย พื้นฐานที่ส่งเสริมการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยและในทำนองเดียวกัน รายได้ก็เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem. 1995: 179) จากการศึกษานี้ของออร์ทัย โสมนรินทร์ (2538: 70) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแลพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

1.2) ปัจจัยทางจิต

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอันดับที่ 1 ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล (Therapeutic self-care demand) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์พื้นฐานที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลและระบบการพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคล โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของโอเรม (Orem. 1991) ที่เล็งเห็นความสำคัญของการพึ่งพาดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัว และในเครือข่ายของสังคมตามแนวความคิดของโอเรมนั้น สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวที่ต้องดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุตรกับบิดามารดา พี่ดูแลน้อง ภรรยาดูแลสามี เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของ

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวจะปรากฏแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการชีวิต การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมากขึ้น และต้องใช้ระยะเวลาสั้นเพียงใด ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของครอบครัว การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะช่วยพัฒนาและก่อให้เกิดความพึงพอใจขึ้นในครอบครัว โดยทั่วไประบบโครงสร้างและบทบาทสมาชิกในครอบครัวจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้น อยู่ในวัยที่ต้องการการพึ่งพา บทบาทในการดูแลเป็นสิ่งที่จะต้องตกลงกันในครอบครัวว่าใครจะรับบทบาทในการดูแล อาจจะมีผู้รับผิดชอบเพียงหนึ่งคนหรือมากกว่านี้แต่สิ่งสำคัญต้องคำนึงถึง คือ ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบโครงสร้าง บทบาทและกระบวนการดูแล (Keith, 1995: 179-178) ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ แพรทและคณะ (Pratt, et al. 1993: 376-382) ที่ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในกลุ่มบุตรสาวผู้ดูแลกับมารดาสูงอายุจำนวน 64 คู่ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวกับมารดา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมของมารดา โดยสัมพันธภาพทางบวกมีผลทำให้บุตรสาวรับรู้ถึงพฤติกรรมของมารดาออกมาในทางบวก และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลมารดาในทางบวก เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวกับมารดาในทางบวก ซึ่งให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลมีความสำคัญมากต่อแนวทางในการตัดสินใจและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอันดับที่ 2 ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นการรับรู้ สารระ ช้อเท็จจริง เป็นความสามารถของบุคคลที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราว ทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (Bloom, 1975) นอกจากนี้ความรู้ก็มีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ และก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร และจะต้องปฏิบัติได้จริง ฉะนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความใกล้ชิดและต้องพึ่งพาอาศัยกัน เมื่อบุคคลมีความรู้ก็จะสนใจ เห็นประโยชน์และคุณค่าของการที่ตนจะนำไปปฏิบัติ ก็จะทำให้ความออกมาเป็นความเชื่อ และจดจำสิ่งที่ตนเองรับรู้แล้วให้คุณค่า มีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องนั้นๆ สิ่งที่กระทบ หรือสิ่งเร้าที่ได้รับอาจมีความคล้ายคลึงกัน จะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไปดังเช่นทัศนคติของบลูม ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภานิตย์ พลไพรินทร์ (2540) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติต่อ

ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับสูง ผลการเปรียบเทียบพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทัศนคติดีกว่าพยาบาลที่มีอายุมาก การศึกษาต่ำ ซึ่งความรู้และทัศนคติของพยาบาลมีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เตื่อนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอันดับที่ 3 ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน (Internal Local of Control) เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่าสิ่งต่างๆ เหตุการณ์ต่างๆทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลที่เกิดจากการกระทำ ทักษะหรือความสามารถของตนเอง ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆนั้นได้ เป็นต้นว่าทำดีได้ดี ทำชั่วจะได้ชั่วตอบแทนหรือถ้าตนพยายามมากจะได้ผลมาก ถ้าตนพยายามน้อยจะได้ผลน้อย (Rotter. 1966: 1-28; Lefcort. 1966: 206-207; Stricklan. 1977: 221) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีของ Ajzen และ Fishbein ที่เชื่อว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม และจากทฤษฎีนี้จึงเชื่อว่า ความเชื่อ (beliefs) โดยทั่วไปบุคคลจะเชื่อว่า หากทำพฤติกรรมอย่างหนึ่งผลลัพธ์จะออกมาในแง่บวกก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นๆ หากเชื่อว่าผลลัพธ์จะไม่ดีก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่อต่อพฤติกรรม (Behavior beliefs) ตามแนวความคิดของ Ajzen และ Fishbein ความเชื่อจะมีผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ. 2534: 88-90) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 218-219) ที่ได้ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับ การมีความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคตตามลำดับ

2) อภิปรายผลการวิจัยตามตัวแปรที่พบว่า ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) ปัจจัยทางชีวสังคม

เพศ

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าไม่ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุหญิงหรือชายนั้นจะมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้เท่าเทียมกันในเรื่องของการแนะนำ ความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเหมือนกัน ด้วยเหตุผลว่าเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นหรือมีความต้องการการพึ่งพา สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจะสนับสนุนช่วยเหลือหรือเป็นผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 227) ด้วยความผูกพันแน่นแฟ้นในฐานะ ภรรยา มารดา บุตรสาว พี่สาว สามี และบิดา เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชายนั้นมีความรับผิดชอบในการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่ต้องการการพึ่งพาได้ดีเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538: 71) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ของผู้ดูแล พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ และสัญญา ต้นคลองศิล (2544: 106) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีเพศต่างกันไม่พฤติกรรมการดูแลตนเองและครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาของบุคคลนั้นไม่ได้ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุนั้น ต้องอาศัยประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตซึ่ง ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ หรือบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น พัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตและนำมาปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นนั้น ไม่ได้จำกัดเฉพาะการศึกษาในโรงเรียนเท่านั้น อาจเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยหอบหืดและ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul 1986) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง สุรางค์ เชื้อวณิชชากร (2548: 98) ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม พบว่าบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มี

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพใกล้เคียงกับบุคลากรโรงเรียนที่มีการศึกษาด้อยกว่าและ กรรณิการ์ พัฒนผลุงวิทยา (2542: 82) ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานครพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลและผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการดูแล และได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเนื่องจาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง เป็นต้น ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญยิ่งของผู้สูงอายุในฐานะเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นหน่วยรับผิดชอบในการให้ดูแล เป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคลเป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิกรวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้องและจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้ โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรมเช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ และการให้ความรู้ข่าวสาร เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 227, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2544: 79-80) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่คุณดูแลต้องการปฏิบัติด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพอยู่แล้ว ดังนั้นไม่ว่าผู้ดูแลจะมีสถานภาพสมรสเช่นไรก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในประเด็นที่กล่าวว่าว่าบุตรที่ยังโสดต้องรับหน้าที่ดูแลบิดา มารดา สูงอายุนั้น จากการสำรวจข้อมูลประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พบว่าบุตรที่สมรสแล้วร้อยละ 56.6 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวัน ในขณะที่บุตรโสดมีเพียงร้อยละ 16.6 เท่านั้น(ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ. 2540; สุดา เทพศิริ. 2540; และสำนักงานกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2545)

ระยะเวลาการดูแล

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลและผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการดูแลต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลนั้นไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการดูแล แต่พฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ประสบการณ์ของผู้ดูแล โดยไม่จำเป็นว่าประสบการณ์นั้นต้องเกิดจากการที่ผู้ดูแลได้รับการที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว แต่ประสบการณ์เกิดจากเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากการรับรู้ภาวะในการดูแลของตัวผู้ดูแลเอง ว่าการดูแลที่ให้นั้นเป็นการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย อันจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สวัสดิภาพและความผาสุก การรับรู้ดังกล่าวก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเต็มใจ และพร้อม

สำหรับการเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแรงจูงใจและความพร้อมดังกล่าว มีส่วนส่งเสริมให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลปรับตัวได้ดีขึ้น จนสามารถปรับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้อย่างไม่ลำบากและไม่ใช้เวลานาน (ปีนเพชร โพธิ์กุดสัย. 2540: 65) จากการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้นั้น ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 71.48) ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวนั้นอาจเพียงพอสำหรับการปรับตัว ดังนั้นไม่ว่าจะใช้ระยะเวลาเท่าใดจึงพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จึงมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาพบว่าระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา

ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 54.4) ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ เช่นนี้ ทำให้สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุดีอยู่แล้วจากการศึกษาของ ศติพัฒน์ ยอดเพชร (2549: 71) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวระบุว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมต่างๆที่สมาชิกมีต่อกัน แต่โดยภาพรวมแล้วคนในครอบครัวระบุว่าสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆที่สมาชิกในครอบครัวได้แสดงความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันที่มีต่อกันเป็นเหมือนสายสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว หากครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันสมาชิกในครอบครัวก็อยู่อย่างมีความสุข มีความเอื้ออาทรและพึ่งพาอาศัยกันได้ จากการศึกษาของเพียงใจ ดิเรไพรวงศ์ (2540: 82) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง โดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลได้ดีนั้น ต้องมีความรักความผูกพันกับผู้ได้รับการดูแลอยู่เป็นทุนเดิม จึงจะยอมทำทุกอย่างด้วยความเต็มใจและทุ่มเทเพื่อที่จะทำให้คนที่ตนเองรักมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขสรุปว่า สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้ดูแลที่เป็นญาติที่ดี และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติกับผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ โกลเสตนและคณะ (Goldstein; et al. 1981) สัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับความเครียดในการดูแล จำนวน 25 ราย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส พี่ หรือ น้องสาว มารดาและบุตรชายอายุระหว่าง 35-87 ปี ระยะเวลาในการดูแลต่ำกว่า 1 ถึง 25 ปี ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการดูแลว่าเป็นเพราะความรักใคร่ผูกพัน

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความ

เครียดในบทบาทผู้ดูแลแต่ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด และสัมพันธ์กับหน้าที่หรือตำแหน่งที่คาดหวังไว้ ก่อให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจเบื่อหน่ายในการแสดงบทบาท แต่เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นแล้วบุคคลต้องพยายามปรับตัว เพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจเอาไว้ การปรับตัวจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่ได้รับ ความรุนแรง ของเหตุการณ์และสิ่งที่เกิดขึ้นหรือที่เหลืออยู่ว่ามีความสำคัญต่อผู้นั้นมากน้อยเพียงใด(สมภพ เรื่องตระกูล. 2528: 145) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลนั้นมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านของบุคคลและครอบครัว ซึ่งจะต้องมีการปรับตัวและปรับบทบาทหน้าที่เพื่อความสมดุลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุเอง จากแนวความคิดของโอเรม (Orem. 1985) ที่เชื่อว่าบุคคลและครอบครัวเป็นระบบเปิดซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีความเครียดใดๆ เกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกันไปทั้งระบบ หนึ่งเนื่องจากความรักใคร่ห่วงใยกัน ตลอดจนจนการพึ่งพาในครอบครัวและเครือญาติยังมีอยู่มากในสังคมไทย ทำให้ได้รับความกลมเกลียวในครอบครัว และแรงสนับสนุนในครอบครัวระดับสูงทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวได้อย่างรวดเร็วผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดี ซึ่งที่กล่าวมาแล้วนั้นเป็นจุดดีของสังคมไทยและแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะมีความเครียดในบทบาทสูง แต่พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลผู้สูงอายุที่ดี (ปิ่นเพชร โพร้กุดสัย. 2540: 59)

เมื่อนำปัจจัยทางจิตทั้ง 5 ตัวแปรทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่่นั้นเป็นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลโดยธรรมชาติ จากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุนั้นมีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 54.44 รองลงมาเป็นหลานจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 และอื่นๆ ได้แก่ ลูกสะใภ้ พี่ชาย น้องชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 ค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุแม้ว่าจะมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแล แต่ก็ยังทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเนื่องจาก รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นการดูแลโดยครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นหลัก ซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันโดยมีเหตุผลด้านสังคมและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งเป็นเรื่องของการทำหน้าที่ที่ทางสังคมที่กำหนดไว้ และเป็นการแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา การดูแลผู้สูงอายุนั้นมีลักษณะเป็นธรรมชาติแบบค่อยเป็นค่อยไปเพราะมีการซึมซับบทบาทมาตั้งแต่วัยเด็ก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547: 84)

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Attitude)

จากการเปรียบเทียบทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดี จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทัศนคติ เป็นความเชื่อ ความรู้สึก ความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น การกระทำ สถานการณ์ บุคคล สิ่งของ และอื่นๆ รวมทั้งทำที่ที่แสดงออกที่บ่งบอกสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติเป็นความรู้สึกและความเชื่อที่ฝังอยู่ในจิตใจของผู้ดูแลแต่ละคน หากผู้ใดมีความรู้สึกและความเชื่อที่ดีแล้ว การปฏิบัติของบุคคลนั้นก็จะดีตามไปด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549: 105) สังคมไทยมีความเชื่อ ค่านิยมและประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นเสมือนบรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) ที่กำหนดให้คนในสังคมปฏิบัติตาม ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มหนึ่งของสังคมไทยที่ได้รับการยกย่องเชิดชูเหนือกว่าบุคคลอื่น ค่านิยมในเรื่องนี้มีพื้นฐานมาจากหลักคำสอนของพุทธศาสนา ที่สอนในเรื่องการอุปการะบิดามารดาที่สูงอายุ และให้ถือว่าพ่อแม่เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรหรือเทวดาประจำครอบครัว นั่นคือ ดำรงอยู่ในฐานะที่ถูกทุกคนจะต้องมีความเคารพนับถือและเลียงดูตอบแทน เมื่อท่านอยู่ในวัยชรา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งการอุปการะบิดามารดา ถือเป็นมงคลชีวิต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2540: 3) จากการศึกษาของธีราพร ทวีธรรมเจริญ (2545: 105) ศึกษาพฤติกรรมการให้ความพึงพิงแก่บิดามารดาของบุตรพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความพึงพิงแก่บิดา มารดาของบุตร ตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มี 2 ปัจจัยคือ วิธีที่บุตรได้เรียนรู้ด้วยการเห็นพฤติกรรมการให้ความพึงพิงแก่ปู่ ย่า ตา ยาย จากบิดา มารดา ส่งผลให้บุตรมีพฤติกรรมการให้ความพึงพิงแก่บิดา มารดาตามไปด้วย และปัจจัยเรื่องวิธีที่บุตรได้เรียนรู้ด้วยการได้รับการสั่งสอนในเรื่องการตอบแทนบุญคุณบุตรจะมีพฤติกรรมการให้ความพึงพิงแก่ บิดา มารดา ตามไปด้วย

เมื่อนำปัจจัยทางจิตทั้ง 5 ตัวแปรทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ทัศนคติไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากงานวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติเป็นความรู้สึกและความเชื่อที่ฝังอยู่ในจิตใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในวัฒนธรรมไทยนั้นมีความเชื่อที่เป็นบรรทัดฐานในการแสดงพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือความเชื่อเรื่องการอุปการะบิดา มารดา การเลียงดูบิดา มารดาเป็นมงคลสำหรับชีวิตและด้านความกตัญญูอยู่แล้ว และค่านิยมดังกล่าวนี้เป็นแรงจูงใจให้แสดงพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่แล้ว ดังนั้นความเชื่อที่ฝังในจิตใจเหล่านี้ของผู้ดูแลจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล ตามลำดับ แสดงว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อผู้ดูแล เป็นเสมือนสายสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ หากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ผู้สูงอายุก็จะได้รับความสุข ความเอื้ออาทรและพึงพาอาศัยกันได้ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเอง สำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลเอาใจใส่ และหากสัมพันธภาพดีก็จะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุขสุขภาพกายและสุขภาพจิตก็จะดีตามไปด้วย ดังนั้นหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ องค์กรเอกชนสำหรับจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ควรจัดฝึกอบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย และด้านสุขภาพจิต ให้กับคนในชุมชน สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องสร้างความเชื่ออำนาจในตนกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ผู้ดูแลนั้นเชื่อว่าสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ และส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวของคนในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยเท่านั้นผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการทำวิจัยครั้งต่อไป สามารถศึกษาในเชิงคุณภาพเพิ่มเติมได้ เช่น การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบความต้องการทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุและ ผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาถึงการเพิ่มศักยภาพของครอบครัวให้เข้มแข็ง สามารถดูแลผู้สูงอายุในกรณีต่างๆ กันได้อย่างเหมาะสม เช่น โรคต่างกัน ความต้องการการพึ่งพิงที่ต่างกัน เป็นต้น
3. ทำการวิจัยเชิงทดลอง พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล และสอนทักษะสัมพันธภาพในครอบครัว ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กันธรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัยชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- คมสัน แก้วระยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2525). "แก้อย่างมีสุข," รามาธิบดี. 18.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2530). ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ชื่นฤดี แก้วบุตร. (2535). ความพร้อมของมารดาในการดูแลบุตรและความผาสุกในครอบครัวของเด็กป่วยกลุ่มอาการชัก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เดือนใจ ภัคดีพรหม. (2548). ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2548). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วีอินเทอร์พรีนซ์.
- ธีราพร ทวีธรรมเจริญ. (2545). ศึกษาพฤติกรรมทำให้ความพึงพอใจแก่บิดามารดาของบุตร. วิทยานิพนธ์ (สังคมศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

นภาพร ชโยวรรณ. (2542). การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

-----; จอห์น โนเดล; และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ครอบครัวอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตร. เอกสารสถาบันหมายเลข 197/35. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

-----; มალიณี วงษ์สิทธิ์; และ จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). รายงานการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช. (2533). สุขภาพผู้สูงอายุ. คลินิก. หน้า 432-436. กรุงเทพฯ.

-----; (2538). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

-----; และ คนอื่นๆ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.

บุญเยี่ยม ตรีกุลวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข: การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชวนการพิมพ์.

บุญเรียง ขจรศิลป์. (2547). การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์จำกัด.

ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระในการดูแลผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัวของคู่สมรสของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). การประกันคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูพรีนซ์.

เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ. (2546). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใส่สายขั้ว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

เพียงใจ ตรีไพรวงศ์. (2540). ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

มาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มินตกาญจน์ ชะลอรักษ์. (2547). ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวันโรคที่บ้านของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2538). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามารับดีเวชสาร, 20(1), 41-46.
- ระวีวรรณ อังคณักรักษ์พันธ์. (2533). การวัดทัศนคติเบื้องต้น. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). ภาวะในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดา อิ่มทองใบ. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดาวัลย์ อันเมฆ. (2545). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วัฒนา ศรีสัตยวาจา. ทัศนคติ. (เอกสารประกอบคำสอน). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- วันดี โภคะกุล; และ คนอื่น ๆ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.
- วารี จิระพันธุ์วานิช. (2543). ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิภาวรรณ ชุ่ม. (2536). ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิไลวรรณ บุญเรือง. (2542). ศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วย กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานบททวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ; และคณะ. (2541). การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุน. กรุงเทพฯ: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

-----; และคณะ. (2540). การเกี่ยวพันทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ:พื้นที่การศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดลและคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริมา มิตรเกษม. (2548). ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ศิริมา ลีละวงศ์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ศุภกนิษฐ์ ผลไพรินทร์. (2540). ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ศุภรัตน์ บุญนาค. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีในอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ศุภารินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สงวนศรี วิรัชชัย. (2527). จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษา. กรุงเทพฯ: ศึกษาพร.

สัญญา ต้นคลองศิล. (2544). ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เสนอ อินทรสุขศรี. (2526). "เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ". ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สมภาพ เรื่องตระกูล. (2528). คู่มือจิตเวชศาสตร์. หน้า 145. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ. ภาพพิมพ์.

สมจิตต์ หนูเจริญกุล. (2528). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: บริษัท แอล.ที.เพรส จำกัด.

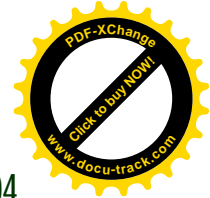
- (2534). การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). ศึกษาความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมใจ ยิ้มวิไล. (2531). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยหอบหืด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุดา เทพศิริ. (2540). ผลของการใช้ต่อแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). ภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุในปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. หน้า 47-57. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. บริษัทพับลิชชิงจำกัด.
- สุธีรา นัยจันทร์. (2530). การศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเฉพาะครอบครัวผู้ใช้บริการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ दिनแดงและโรงพยาบาลสงฆ์. ปริญญา มหาบัณฑิต วท.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุภิญพรณ บุญยอ. (2542). การได้รับการดูแลและการให้การดูแลของผู้สูงอายุในอำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. (2548). ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์; และคนอื่นๆ. (2538). ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. โครงการจัดตั้งภาควิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท แอล.ที.เพรส จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติการคาดประมาณแนวโน้ม. (2551). การเปลี่ยนแปลงประชากรไทย พศ.2533-2563. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2551, จาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.



- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เยาวชนผู้ด้อยโอกาสคนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2549. หน้า 3.
- เสาวลักษณ์ เนตรซัง. (2545). *ศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจาก
การดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรทัย โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถใน
การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)*. กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อภิรักษ์ จันตณี. (2549). *การทำภาคินพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา แผน ข. ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา*. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรา เอ็นและปรียา รุ่งโสภาสกุล. (2541). *การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษา
สุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- อารีย์ แสงรัตมี. (2547). *ศึกษาความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์).*
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- (2549). *ผลของการฝึกจิตลักษณะและทักษะการอ่านจับใจความที่มีต่อ
พฤติกรรมขยันเรียน ความสามารถทางการอ่านเพื่อความเข้าใจและผลสัมฤทธิ์ทางการ
เรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษา ช่วงชั้นที่ 2. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ด.
(พัฒนศึกษาศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- Archbold, P.G. et al. (1990). *Mutuality and Preparedness as Predictors of Caregiver Role
Strain*. Research in Nursing & Health.
- Blattner, Barbara. (1981). *Holistic nursing*. Prentice – Hall ; Englewood Cliffs: New Jersey.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education Objectives Hand Book I : Cognitive Domain*.
New York: Mc Kay Company.
- Bower, B.T. (1987). *Intergenerational caregiving : About caregivings and their aging
parents*. Advanced in Nursing Science 9.
- Caffrey, R.A. (1991). *Family caregiving to the elderly in Northeast Thailand: Changing
Pattern. Dissertation of Doctor for Philosophy Department of Anthropology Oregon
University USA*.



- Capland, R.L. (1993). *Stock : a clinical approach*. Boston: Butterworth-Heineman.
- Cieirelli, Victor G. (1981). *Helping Elderly Parents, The Role of Adult Children'* Boston: Auburn House Publishing.
- Coopersmith, S. (1984). *Self esteem inventories*. California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Fuller, Theodore D. and other. (1990). *Gender and Health : Evidence from Thailand*. Prepared for presentation at the World Congress of Sociology, Madrid, July 9-13,1990. Bangkok Mahidol University.
- Hallander, Edwin P. *Principle and methods of Social Psychology*. London: Oxford University Press.
- Hanucharunkul, Somchit. (1986). *Self-Care Agency,Coping Strategies and Locus of Control in Thailand Cancer Patients Receiving Radiation Therapa*. Field study in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Submitted to the Graduate School of Wayne State University, Detroit, Michigam.
- Hardy, E.M. and Conway, E.M. (1988). *Role Theory Perspective for Health Professionals*. 2nd ed. California : appleton & Lange.
- Hass, D. (1990). *The Relationship Between coping Dispositions and power Componants of Dependent-Care Agency in Parents of Children with Spacial Health Care Needs*. (Doctoral Dissertation). College of Nursing,Wayne State University, Detroit,MI.
- Hill, G.M. (1985). *Care of the Elderly:A Health team approach*. USA.: Little Brown and Company.
- Hill, L. and Smit, N. (1985). *Self care nursing*. Prentice Hall ; Englewood Cliffs: New Jercy.
- Joos, I.M., Nelson, R., and Lyness, A. (1985). *Man Health and Nursing : Basic Concept and Theory*. USA.: Reston Publishing.
- Kendler, H.H. (1974). *Basic Psychology*. California. W.A.Benjamin,Inc.
- Keith, C. (1995). *Family Caregiving system : models,Resources,and values*.*Journal of Marriage and The Family*. 57(2).
- Lazarus, R.S. And Folkman, S.K. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Pupliching
- Lefcort, Herbert M. (1966). *Internal Versus External Control of Reinforcement: A Review*, *Psychological Bulletin*.



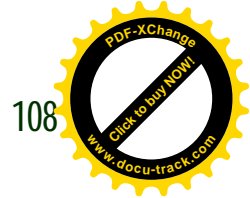
- Lueckenotte, A.G. (1996). *Gerontologic Nursing*. St.Louis Mission: Mosby Year Book Inc.
- Maslow, Abraham H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row Pultishing.
- McBride, S. (1987). Validation of An Instrument to Measure Exercise of self-Care Agency. "Resaerch in Nursing and Health".
- Orem, D.C. (1991). *Nursing Concept of Practice*. 4th ed. St.Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concept of Practice*. 3rd ed. New York: Mc-Graw HillBook Company.
- Pander, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 edition. Carifornia: Appleton&Lunge.
- Pratt, C.C., Jones-Aust, L., and Pennington, D. (1993). Decision-making influence strategies of caregiving daughters and their elderly mothers. *Family Relations*.
- Pender, N.I. (1982). *Health Promotion of Nursing Practice*. Connectient: Appleton Century Crafts.
- Rotter, Julian B. (1966). "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement," *Psychological Monographs: General and applied*.
- Seeman, M. and J.W. Evans. (1962). Alienation and Learning in Hospital Setting, *American Sociological Review*.
- Stricklan, B.R. (1977). *Internal-external Control of Reinforcement in Personality Variables in Social Behavioral*. Edited by Thomas Blass. New York: John Wiley and Sons.
- Taylor, S.G. (1989). An Interpretation of Family with In Orem's General Theory of Nursing. "Nursing Science Quarterly".
- Wallstone, B.S. and others. (1976). Devolpment and Validation of the health Locus of Control scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Woods, F.G. (1991). *The meaning of caregiving*. *Rehabilitation Nursing* 16.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รศ.วัฒนา ศรีสัตย์วาจา

คณะมนุษยศาสตร์

อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ดร.ชนิดา จุลวนิชย์พงษ์

คณะมนุษยศาสตร์

อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์สุพัช สนั่นแจ่มใส

คณะมนุษยศาสตร์

อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผศ.ดร.วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์

คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ แพทย์หญิงวรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์

อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

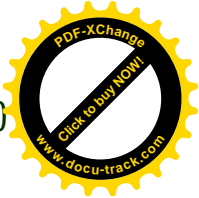
นางสาวอวยพร อ่อนเกตุพล

หัวหน้าหน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน

โรงพยาบาลศิริราช



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถามและแบบวัดปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
คำชี้แจง

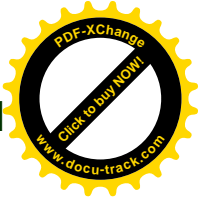
1. แบบสอบถามและแบบวัด 1 ชุดประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 ตอน ได้แก่

- | | |
|--|--------------|
| 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 7 ข้อ |
| 2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล | จำนวน 30 ข้อ |
| 3. แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ | จำนวน 30 ข้อ |
| 4. แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ | จำนวน 15 ข้อ |
| 5. แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล | จำนวน 10 ข้อ |
| 6. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ | จำนวน 6 ข้อ |
| 7. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ | จำนวน 20 ข้อ |

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามและแบบวัดในแต่ละตอน และโปรดตอบให้ครบทุกข้อโดยตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย

3. ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ซึ่งจะไม่เกิดผลเสียประการใดต่อท่าน หลังจากเสร็จสิ้นการทำวิจัยแล้ว ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกทำลายทันที

นางสาววชิราพรรณ เทพิน
นิสิตคณะมนุษยศาสตร์ สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



แบบสอบถามและแบบวัดปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของ
ท่านมากที่สุด

1. เพศ

<input type="checkbox"/> เพศชาย	<input type="checkbox"/> เพศหญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ

<input type="checkbox"/> อายุต่ำกว่า 21 ปี	<input type="checkbox"/> อายุ 21-40 ปี
<input type="checkbox"/> อายุ 41-60 ปี	<input type="checkbox"/> อายุ 61 ปี ขึ้นไป
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ระดับประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ระดับมัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ระดับปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าระดับปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 - โสด
 - สมรส
 - หม้ายหรือหย่าร้าง
5. รายได้ต่อเดือน
 - ต่ำกว่า 5,000 บาท
 - 5,000-10,000 บาท
 - มากกว่า 10,000 บาท
6. ระยะเวลาการดูแล

<input type="checkbox"/> 1-6 เดือน	<input type="checkbox"/> 7-12 เดือน	<input type="checkbox"/> 1 ปีขึ้นไป
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------
7. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
 - คู่ชีวิต
 - บุตร
 - หลาน
 - อื่นๆ (โปรดระบุ)

ตอนที่ 2 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด

พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
<p>ด้านโภชนาการและอาหาร</p> <p>ท่านจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานอย่างไร</p> <p>1. ท่านให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารประเภทปลาซึ่งย่อยง่ายและหลีกเลี่ยงอาหารย่อยยาก เช่น เนื้อสัตว์</p>
<p>2. ท่านจัดอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผักผลไม้ต่างๆเพื่อช่วยในการขับถ่ายให้ผู้สูงอายุ</p>
<p>3. ท่านลดอาหารจำพวกแป้งและไขมันลงในแต่ละวัน</p>
<p>4. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำวันละ6-8แก้ว</p>
<p>5. ท่านหลีกเลี่ยงที่จะทำอาหารประเภทหมักดอง</p>
<p>ด้านการนอนหลับพักผ่อน</p> <p>ท่านดูแลการนอนหลับพักผ่อนของผู้สูงอายุอย่างไร</p> <p>1. ท่านจัดที่นอนให้มีความอ่อนนุ่ม สะอาดและสบาย</p>
<p>2. ท่านจัดกิจกรรมต่างๆที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายก่อนการพักผ่อน เช่น สวดมนต์ก่อนเข้านอนหรือการทำสมาธิ</p>
<p>3. ท่านดูแลความสบายทั่วไปเช่นดูแลให้ผู้สูงอายุอาบน้ำหรือเช็ดตัวก่อนนอน</p>

พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
<p>ด้านการนอนหลับพักผ่อน (ต่อ) ท่านดูแลการนอนหลับพักผ่อนของผู้สูงอายุอย่างไร</p> <p>4. ท่านจัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด มีของใช้เท่าที่จำเป็น</p>
<p>ด้านการออกกำลังกาย ท่านดูแลการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างไร</p> <p>1. ท่านเลือกประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น รำไทเก๊ก การเดินในตอนเช้า การฝึกโยคะในท่าที่เหมาะสม เป็นต้น</p>
<p>2. ท่านสังเกตความผิดปกติของผู้สูงอายุขณะออกกำลังกาย เช่น หายใจเหนื่อย อากาศเจ็บหน้าอก</p>
<p>3. ท่านจะอยู่กับผู้สูงอายุขณะที่ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ดูแลให้ความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ</p>
<p>ด้านการขับถ่าย ท่านดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของผู้สูงอายุอย่างไร</p> <p>1. ท่านสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการผิดปกติของระบบขับถ่าย</p>
<p>2. ท่านใช้วิธีสังเกตและสอบถามอาการผิดปกติต่างๆที่เกี่ยวกับการขับถ่ายของผู้สูงอายุตลอดจนให้การช่วยเหลือบ้างเช่น การสวนอุจจาระอย่างง่าย หรือปรึกษาแพทย์เมื่อมีปัญหายุ่งยาก</p>

พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
<p>ด้านการขยับถ่าย (ต่อ) ท่านดูแลการขยับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของผู้สูงอายุอย่างไร</p> <p>3. ท่านกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำธรรมดา 1 แก้ว หลังตื่นนอนทุกวันเพื่อช่วยระบบขยับถ่ายของผู้สูงอายุทำงานได้ง่ายขึ้น</p>
<p>ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ท่านมีวิธีการป้องกันอุบัติเหตุให้ผู้สูงอายุอย่างไร</p> <p>1. ท่านจัดพื้นที่ภายในบ้านให้เหมาะสมและเป็นระเบียบเรียบร้อย</p>
<p>2. ท่านสำรวจของใช้ในบ้านให้มีสภาพดี</p>
<p>3. ท่านดูแลห้องน้ำไม่ให้ความเปียกชื้น</p>
<p>4. ท่านระมัดระวังการลื่นในห้องน้ำและการลื่นไถลภายในบ้านของผู้สูงอายุ</p>
<p>5. ท่านดูแลที่อยู่อาศัยให้มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่างๆอย่างชัดเจนภายในบ้าน</p>
<p>6. ท่านจัดให้ผู้สูงอายุพักผ่อนอยู่บริเวณชั้นล่างของบ้านที่อยู่อาศัย</p>
<p>7. ท่านจัดอุปกรณ์ของใช้ต่างๆให้มีเฉพาะที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงของใช้ที่เป็นอันตรายเช่น ของมีคม โต๊ะ เก้าอี้ที่สูง</p>
<p>ด้านสุขอนามัย ท่านดูแลสุขอนามัยผู้สูงอายุอย่างไร</p> <p>1. ท่านให้การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปของผู้สูงอายุเช่น ความสะอาดของผิวหนัง เล็บมือ-เท้า ผม และฟัน เป็นต้น</p>
<p>2. เมื่อตรวจพบอาการผิดปกติต่างๆของผู้สูงอายุ ท่านพาไปพบแพทย์</p>

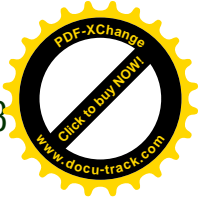
พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
ด้านสุขอนามัย (ต่อ) ท่านดูแลสุขอนามัยผู้สูงอายุอย่างไร 3. ท่านดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น ดูแลห้องพัก ที่นอนของผู้สูงอายุให้สะอาด
4. ท่านนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อมีการ นัดหมายตรวจสุขภาพ
5. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายुरับประทานยาอย่าง สม่าเสมอ
ด้านสุขภาพจิต ท่านดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตอย่างไร 1. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพบปะญาติ เพื่อนฝูงและเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในบ้าน เช่น งานวันเกิด เป็นต้น
2. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรม บางอย่างเป็นงานอดิเรก เช่น การร้องรำทำ เพลง การพบปะพูดคุยในกลุ่มเพื่อน การ พบปะพูดคุยกับญาติมิตร
3. ท่านคอยให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกไม่ สบายใจ

ตอนที่ 3 แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลาหรือเป็นประจำ
1. ท่านอึดอัดที่คนในครอบครัวต้องการให้ท่านดูแลผู้สูงอายุ
2. ท่านรู้สึกว่าการทำงานดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับท่านในการทำหน้าที่อื่นในครอบครัว
3. ท่านรู้สึกว่าการทำงานดูแลผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่ออาชีพการงานของท่าน
4. ท่านลำบากใจที่ต้องทำให้ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวพอใจกับการกระทำของท่าน
5. ท่านรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ
6. ท่านหงุดหงิดเมื่อผู้สูงอายุไม่ยอมทำตามคำแนะนำของท่าน
7. ท่านรู้สึกว่าท่านต้องอดทน อดกลั้นกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของผู้สูงอายุ
8. ท่านรู้สึกฝืนใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ
9. ท่านลำบากใจที่ต้องทำตามที่คุณสูงอายุขอให้ท่านช่วยเหลือ
10. ท่านรู้สึกว่าทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ดีเท่าที่ท่านเองต้องการ
11. ท่านไม่ทราบว่าคุณสูงอายุต้องการให้ท่านดูแลตัวผู้สูงอายุอย่างไร
12. ท่านไม่แน่ใจว่าจะดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมได้อย่างไร

ข้อความ	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลาหรือเป็นประจำ
13. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย พบปะเพื่อนฝูง เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมต่างๆ
14. ท่านไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุเมื่อยามเจ็บป่วย
15. ท่านไม่มั่นใจว่าจะต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างไรให้เขามีสุขภาพดี
16. ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต
17. ท่านไม่แน่ใจในการเลือกอาหารให้เหมาะกับผู้สูงอายุที่ท่านดูแล
18. ท่านรู้สึกสับสนไม่รู้ว่าจะเชื่อคำแนะนำจากใครในการให้การดูแลผู้สูงอายุ
19. ท่านลังเลใจว่าผู้อื่นอาจทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าที่ท่านทำ
20. ท่านไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุจะเป็นที่ถูกต้องใจผู้สูงอายุ
21. ท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระมาจนท่านทำกิจวัตรประจำวันไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนด
22. ท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่สามารถให้เวลากับอาชีพการงานได้เต็มที่
23. ท่านรู้สึกว่า การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เป็นการรบกวนเวลาของท่าน
24. ท่านเบื่อหน่ายที่ต้องใช้เวลาฟังเรื่องราวหรือระบายความรู้สึกจากผู้สูงอายุ
25. ท่านคิดว่า เวลาส่วนมากหมดไปกับภาระงานที่ท่านทำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
26. ท่านรู้สึกว่า งานต่างๆ ที่ท่านทำในช่วงนี้มากจนรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุไม่ไหว

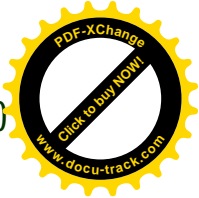


ข้อความ	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ตลอดเวลา หรือ เป็นประจำ
27. ท่านรู้สึกอ่อนล้ามากหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละวัน
28. ท่านไม่มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจหรือเวลาที่เป็นส่วนตัว
29. ท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุทำให้การดำเนินชีวิตยากลำบาก
30. ท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่มีเวลาให้กับคนอื่นในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

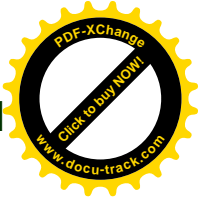
ตอนที่ 4 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ทราบ
<p>ด้านโภชนาการและอาหาร</p> <p>1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร กินได้น้อย น้ำหนักลด ควรรับประทานอาหารมีพลังงานน้อยๆแต่บ่อยครั้งขึ้น วันละ 5-6 มื้อ และรับประทานอาหารย่อยง่ายจำพวกปลาเพื่อช่วยให้ย่อยอาหารได้สะดวก</p>
<p>2. ผู้สูงอายุที่ได้รับประทานอาหารมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วน เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงได้</p>
<p>3. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน</p>
<p>ด้านการนอนหลับพักผ่อน</p> <p>1. ควรลดช่วงเวลาการงีบหลับเวลากลางวันเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับในเวลากลางคืนได้</p>
<p>ด้านการออกกำลังกาย</p> <p>1. การออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้นชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ</p>
<p>ด้านการขับถ่าย</p> <p>1. ปัญหาสำคัญของการขับถ่ายของผู้สูงอายุคือภาวะท้องผูก อุจจาระแข็งถ่ายไม่ออก</p>
<p>2. ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยทำกิจกรรมมีส่วนทำให้อาการท้องอืดได้</p>
<p>ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ</p> <p>1. การจัดพื้นที่ภายในบ้านให้เหมาะสมและเป็นระเบียบเรียบร้อย เป็นสิ่งที่พึงกระทำสำหรับบ้านที่มีผู้สูงอายุ</p>
<p>2. การติดแผ่นกันลื่นในห้องน้ำเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดในห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ</p>
<p>3. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสายตาจะมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้บ่อย</p>



ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง	ไม่ทราบ
ด้านสุขอนามัย			
1. หากผู้สูงอายุเครียดจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้
2. บ้านที่อากาศไม่ถ่ายเททำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้
ด้านสุขภาพจิต			
1. ความสัมพันธ์ทางด้านครอบครัวเป็นจุดสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่ปกติของผู้สูงอายุ
2. การให้ความเคารพนับถือกับผู้สูงอายุเป็นผลดีต่อสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ
3. ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุคือ โรคซึมเศร้า



ตอนที่ 5 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า
2. ท่านรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของท่านไม่ได้รับการยอมรับจากตัวผู้สูงอายุเอง
3. ท่านรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมยอมรับ
4. ท่านรู้สึกชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและท่านจะบอกญาติคนอื่นให้ปฏิบัติด้วย
5. ท่านรู้สึกสบายใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
6. ท่านรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทำให้ท่านเสียเวลา
7. ท่านรู้สึกว่าการหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มเติมเป็นสิ่งเสียเวลา
8. ท่านรู้สึกไม่ชอบพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์
9. ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุน่าเบื่อ
10. ท่านไม่ชอบผู้สูงอายุที่ป่วยบ่อย

ตอนที่ 7 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

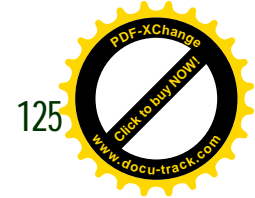
คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงบ้างเล็กน้อย	จริงค่อนข้างมาก	จริงมากที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน
2. ท่านยอมรับผู้สูงอายุตามสภาพที่ผู้สูงอายุเป็น
3. ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้
4. ท่านไม่ถือเป็นเรื่องเป็นอารมณ์ เมื่อผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม
5. ท่านห่วงใยในสุขภาพของผู้สูงอายุ
6. ท่านให้เกียรติผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้อาวุโสภายในครอบครัว
7. ท่านรับฟังคำแนะนำต่างๆ จากผู้สูงอายุ
8. ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว
9. ท่านและผู้สูงอายุตัดสินใจแก้ปัญหาร่วมกัน
10. ท่านรู้จักผู้สูงอายุว่าชอบและต้องการอะไร
11. ท่านพอใจในสภาพที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับท่าน
12. ท่านชอบพูดคุยกับผู้สูงอายุที่ท่านดูแล
13. ท่านรับฟังเรื่องราวต่างๆ ที่ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังด้วยความเต็มใจ
14. เมื่อท่านมีความขัดแย้งกับผู้สูงอายุจะปรับความเข้าใจกันได้
15. ท่านแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ความรัก ความอบอุ่นกับผู้สูงอายุ
16. ท่านมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจร่วมกับผู้สูงอายุเช่น ดูทีวี พุดคุยกัน
17. ท่านมอบสิ่งของให้ผู้สูงอายุในโอกาสพิเศษเช่นวันเกิด วันปีใหม่
18. ท่านไม่เคยบ่นหรือดูว่าผู้สูงอายุ
19. ท่านเต็มใจรับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ
20. ท่านเต็มใจทำตามที่คุณผู้สูงอายุขอให้ท่านช่วยเหลือ



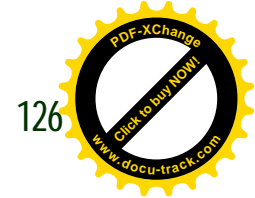
ภาคผนวก ค

ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ตาราง 9 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

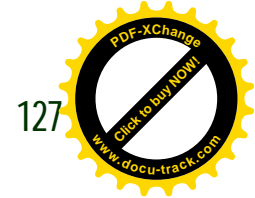
ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.5939
2.	0.5909
3.	0.5938
4.	0.7173
5.	0.5173
6.	0.6885
7.	0.5639
8.	0.6649
9.	0.8045
10.	0.5005
11.	0.5716
12.	0.6572
13.	0.6566
14.	0.5459
15.	0.6755
16.	0.7482
17.	0.7361
18.	0.6193
19.	0.7098
20.	0.7267
21.	0.7616
22.	0.7737
23.	0.7195
24.	0.7095
25.	0.7561



ตารางที่ 9 (ต่อ)

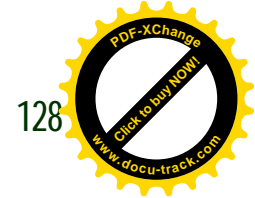
ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
26.	0.7401
27.	0.7115
28.	0.5181
29.	0.4280
30.	0.5615

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลเท่ากับ 0.9559



ตาราง 10 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

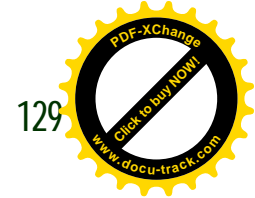
ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.5830
2.	0.6164
3.	0.6373
4.	0.3410
5.	0.6116
6.	0.5798
7.	0.5184
8.	0.5818
9.	0.6900
10.	0.6213
11.	0.5195
12.	0.6839
13.	0.5369
14.	0.5761
15.	0.4606
16.	0.6793
17.	0.5636
18.	0.5251
19.	0.5844
20.	0.5344
21.	0.6166
22.	0.5591
23.	0.7944
24.	0.7371
25.	0.5248



ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
26.	0.6863
27.	0.2693
28.	0.3625
29.	0.5927
30.	0.6341

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเท่ากับ 0.9398



ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.5228
2.	0.6307
3.	0.3780
4.	0.4348
5.	0.5744
6.	0.5367
7.	0.5969
8.	0.4236
9.	0.5744
10.	0.4377
11.	0.6292
12.	0.5219
13.	0.2255
14.	0.1940
15.	0.2100

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.8195

ตาราง 12 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

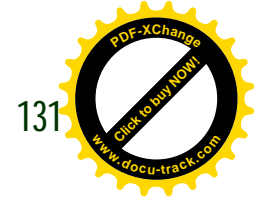
ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.5953
2.	0.3577
3.	0.5282
4.	0.5992
5.	0.6694
6.	0.6804
7.	0.6812
8.	0.7011
9.	0.7497
10.	0.3606

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลเท่ากับ 0.8633

ตาราง 13 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.6009
2.	0.6072
3.	0.4402
4.	0.7125
5.	0.4949
6.	0.6096

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.8037



ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนกแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.6448
2.	0.4904
3.	0.5690
4.	0.4887
5.	0.5347
6.	0.5825
7.	0.6429
8.	0.3293
9.	0.4547
10.	0.3548
11.	0.5688
12.	0.6126
13.	0.4345
14.	0.5002
15.	0.4516
16.	0.3889
17.	0.4406
18.	0.3014
19.	0.6552
20.	0.6166

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเท่ากับ 0.8834



ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
จำแนกตามตัวแปรอายุ

อายุ	n	\bar{x}	S.D.
อายุต่ำกว่า 21 ปี	33	88.06	13.69
อายุ 21-40 ปี	126	91.41	15.34
อายุ 41-61 ปี	97	95.73	12.89
อายุ 61 ปีขึ้นไป	14	88.71	19.35

จากตาราง 15 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มที่มีอายุ 41-61 ปี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 95.73 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21-40 ปี มีค่าเฉลี่ยคือ 91.41 ส่วนกลุ่มอายุต่ำกว่า 21 ปี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ 88.06

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	\bar{x}	S.D.
ประถมศึกษา	74	91.04	14.46
มัธยมศึกษา	87	92.95	13.25
ปริญญาตรี	95	92.23	16.22
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	14	97.57	14.10

จากตาราง 16 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 97.57 รองลงมาคือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยคือ 92.95 ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ 91.04

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
 จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	\bar{x}	S.D.
โสด	113	90.31	15.15
สมรส	128	93.48	14.24
หม้ายหรือหย่าร้าง	29	95.93	14.38

จากตาราง 17 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแบบหม้ายหรือหย่าร้าง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 95.93 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสที่สมรสแล้วมีค่าเฉลี่ยคือ 93.48 ส่วนกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแบบโสด มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ 90.31

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
 จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	n	\bar{x}	S.D.
ต่ำกว่า 5,000 บาท	76	90.16	15.35
5,000 – 10,000 บาท	117	92.20	13.43
มากกว่า 10,000 บาท	77	94.97	15.70

จากตาราง 18 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 94.97 รองลงมาคือ ผู้ดูแลกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยคือ 92.20 ส่วนกลุ่มที่มีผู้ดูแลกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ 90.16

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	5,000 – 10,000 บาท		มากกว่า 10,000 บาท
	M	92.19	94.97
ต่ำกว่า 5,000 บาท	90.15	2.03	4.81*
5,000 – 10,000 บาท	92.19	-	2.77
มากกว่า 10,000 บาท	94.97	2.77	-

*p < .05

จากตาราง 19 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า คือ รายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า คือ รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามตัวแปรระยะเวลาการดูแล

ระยะเวลาการดูแล	n	\bar{X}	S.D.
1-6 เดือน	58	93.14	14.40
7-12 เดือน	19	86.53	17.58
1 ปีขึ้นไป	193	92.78	14.46

จากตาราง 20 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มที่มีระยะเวลาการดูแล 1-6 เดือน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 93.14 รองลงมาคือ ผู้ดูแลกลุ่มที่มีระยะเวลาการดูแล 1 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคือ 92.78 ส่วนกลุ่มที่มีระยะเวลาการดูแล 7-12 เดือน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ 86.53

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแล
จำแนกตามตัวแปรลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ลักษณะความสัมพันธ์	n	\bar{x}	S.D.
คู่ชีวิต	19	89.84	13.87
บุตร	147	93.63	14.26
หลาน	91	91.12	15.26
อื่นๆ	13	91.54	17.37

จากตาราง 21 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ในลักษณะบุตร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 93.63 รองลงมาคือ ผู้ดูแลกลุ่มที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ในลักษณะอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยคือ 91.54 ส่วนกลุ่มที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ในลักษณะคู่ชีวิต มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ 89.84

ตาราง 22 ระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ระดับความเครียด	n	ร้อยละ
ต่ำ	70	25.93
ปานกลาง	114	42.22
สูง	86	31.85
รวม	270	100.00

จากตาราง 22 พบว่า ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 42.22 รองลงมาคือ ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 31.85 และผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 25.93 เท่านั้น

ตาราง 23 ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ระดับความรู้	n	ร้อยละ
ต่ำ	62	22.96
ปานกลาง	122	45.19
สูง	86	31.85
รวม	270	100.00

จากตาราง 23 พบว่าผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 45.19 รองลงมาคือ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 31.85 และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับต่ำคิดร้อยละ 22.96

ตาราง 24 ระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ระดับทัศนคติ	n	ร้อยละ
ต่ำ	64	23.70
ปานกลาง	130	48.15
สูง	76	28.15
รวม	270	100.00

จากตาราง 24 พบว่าผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางถึงร้อยละ 48.15 รองลงมาร้อยละ 28.15 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูง และร้อยละ 23.70 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำ

ตาราง 25 ระดับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับความเชื่ออำนาจภายในตน	n	ร้อยละ
ต่ำ	62	22.96
ปานกลาง	118	43.70
สูง	90	33.33
รวม	270	100.00



จากตาราง 25 พบว่าผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลางร้อยละ 43.70 รองลงมา คือ ระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 33.33 และระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 22.96

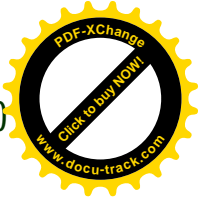
ตาราง 26 ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ระดับความสัมพันธ์ภาพ	n	ร้อยละ
ต่ำ	71	26.30
ปานกลาง	112	41.48
สูง	87	32.22
รวม	270	100.00

จากตาราง 26 พบว่า ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.48 รองลงมา คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 32.22 และระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 26.30



ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์



ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อชื่อสกุล	นางสาววชิราพรรณ เทพิน
วันเดือนปีเกิด	24 กันยายน 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2536	ประถมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนบ้านพังโคน (จำปาสามัคคีวิทยา)
พ.ศ.2542	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนสกลราชวิทยานุกูล
พ.ศ.2547	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2553	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร