

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่  
ผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน



นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO FAMILY SUPPORT FOR OLDER PERSONS  
WITH OSTEOARTHRITIS, UPPER SOUTHERN REGION



Miss Boonta Tawonwadcharakul

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่  
ให้แก่ผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

โดย

นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล

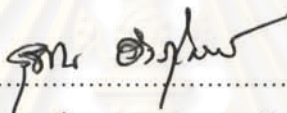
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

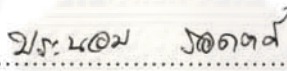
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

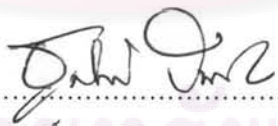
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. บุปผา อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ศูนย์ทรัพยากรพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


บุญดา ถาวรวัชรกุล: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ( FACTORS RELATED TO FAMILY SUPPORT FOR OLDER PERSONS WITH OSTEOARTHRITIS, UPPER SOUTHERN RIGION) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.รศ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. 141 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน กลุ่มตัวอย่าง 110 คน จากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษานในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ตอนบน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว แบบวัดความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบวัดทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบวัดความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และแบบวัดค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89, .83, .74, .91, .90 และ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. การสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.21, SD = .89$ )
2. ความคาดหวัง ทัศนคติ แรงจูงใจ ความสนใจ และค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .563, r = .478, r = .615, r = .620$  และ  $r = .448$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา .....พยาบาลศาสตร์.....      ลายมือชื่อณิสิต..... ๒๕/๓๓      ๓๑๑๖๖๐๖๖  
ปีการศึกษา .....2552.....      ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... 

## 4877623636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: FACTOR RELATED, FAMILY SUPPORT, EXPECTATION IN CARING, ATTITUDE TO CARE, MOTIVATION IN CARING, INTERESTED IN CARING, VALUE IN CARING

BOONTA TAWONWADCHARAKUL : FACTORS RELATED TO FAMILY SUPPORT FOR OLDER PERSONS WITH OSTEOARTHRITIS, UPPER SOUTHERN REGION. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASST.PROF. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 141 pp.

The purpose of this descriptive research were to examine the relationships between factors related to expect for caring, attitude to care, motivation in caring, interested in caring, and value in caring and social support for older persons in osteoarthritis. Subject consisted of 110 family members of older people with osteoarthritis from general hospital and central hospital in upper southern region. The simple random sampling technique was applied. Data were collected using seven instruments: demographic data, social support, expect for caring, attitude to care, motivation in caring, interested in caring, and value in caring questionnaires. The instruments were tested for content validity by a panel of experts. The reliability of instruments were .89, .83, .74, .91, .90 and .92 respectively. Data were analyzed using Contingency Coefficients.

Major findings were as follows :

1. The social support of older persons in osteoarthritis were at high level ( $\bar{x}=4.21$ ,  $SD=.89$ )
2. The expectation in caring, attitude to care, motivation in caring, interested in caring, and value in caring were positively significant related to family support in older persons with osteoarthritis, upper southern region at the level of .05(  $r=.563$ ,  $r=.478$ ,  $r=.615$ ,  $r=.620$ , and  $r=.448$  respectively )

Field of study:.....Nursing Science.....Student's signature: Boonta tawonwadecharakul  
Academic year: .....2009..... Principal Advisor's signature: Siriphan Sasat

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัยรวมทั้งผู้อำนวยการ โรงพยาบาล กระบี่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลเกาะสมุย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทุกท่าน และที่ๆนอกรวมทั้งหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยอย่างดีเยี่ยมจากกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา

ท้ายที่สุดขอกราบระลึกถึงพระคุณบิดามารดา อันเป็นที่รักยิ่ง ที่เป็นผู้ให้สติปัญญา สิ่งดีงาม ที่คอยเป็นกำลังใจมาโดยตลอด และเพื่อนๆร่วมรุ่นที่ไม่เคยทอดทิ้งกัน ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวผู้สูงอายุขอเข้าเฝ้าเยี่ยมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ ด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลหลายท่าน วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่ออังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....	11
ภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ.....	15
การสนับสนุนของครอบครัว.....	20
การรับรู้.....	25
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนของครอบครัว.....	27
บทบาทพยาบาล.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52

บทที่	หน้า	
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
	การตรวจสอบเครื่องมือ.....	61
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	68
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	88
	สรุปผลการวิจัย.....	90
	อภิปรายผลการวิจัย.....	92
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	96
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	97
	รายการอ้างอิง.....	99
	ภาคผนวก.....	105
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
	ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย และหนังสือรับรองการขอพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย.....	108
	ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	121
	ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	133
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	141



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม.....	54
2	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
3	จำนวน ร้อยละ ของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเลื่อมที่นำผู้ป่วยมารับการรักษานในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน จำแนกตามอายุ เพศสถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแล.....	71
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนของครอบครัว.....	73
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน ด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก.....	74
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในคุณภาพการดูแล...	75
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในคุณภาพการดูแลแบ่งตามองค์ประกอบ ด้านความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ด้านความรู้สึกพร้อม ด้านการคาดหวังในเชิงบวก.....	76
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติในการดูแล.....	77
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติในการดูแล แบ่งตามองค์ประกอบ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ด้านอารมณ์ ความรู้สึก และด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ.....	78
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงงใจในการดูแล.....	79
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงงใจในการดูแล แบ่งตามองค์ประกอบ ด้านความสามารถ ด้านความพยายาม ด้านความยากง่าย และด้านโรค.....	80
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสนใจในการดูแล.....	82
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับค่านิยมในการดูแล.....	83

ตารางที่	หน้า	
14	<p>ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับค่านิยมในการดูแล                      ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล                      ทักษะคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแลค่านิยม                      ในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม                      ในเขตภาคใต้ตอนบน.....</p>	84
15	<p>ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแลกับ                      ทักษะคติในการดูแลแรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยม                      ในการดูแล.....</p>	85
16	<p>ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแลกับทักษะคติ                      ในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล...</p>	86



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่วัยสูงอายุจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เซาวน์ปัญญา ระดับสุขภาพจิต กรรมพันธุ์หรือยีน ทักษะคิดของแต่ละบุคคล ความสามารถในการจัดการกับความเครียดและความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (Needham, 1993 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ในแต่ละคนนั้นมีสุขภาพที่ต่างกัน บางรายดูเหมือนหรือสาวกว่าอายุจริง แต่หลายรายดูแก่มาก และยังมีโรคภัยไข้เจ็บหลายอย่างเบียดเบียนอยู่ในตัว สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงสุขภาพของบุคคลแต่ละคนในวัยสูงอายุก็คือ ลักษณะการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ในช่วงเด็กและผู้ใหญ่ที่ผ่านมานั่นเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพราะความแก่ (aging process) นั้น มีอยู่ตลอดเวลา จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ.2550 พบว่า กลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะข้อเสื่อม (osteoarthritis) เป็นอาการข้ออักเสบที่พบบ่อย (Jakobsson & Hallerg, 2006) ซึ่งครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะมีข้อเข่าเสื่อม (Kapstad, et al., 2007) และเมื่ออายุ 75 ปี จะต้องมข้อเสื่อมอย่างน้อยหนึ่งข้อ ซึ่งอาจจะไม่มีอาการก็ได้ (อภิชัย คงเสรีพงศ์, 2542; ชาตชาย ภูกาญจนมรดก, 2547) การเสื่อมของข้อเข่าจะเริ่มมีการเสื่อมสลายบริเวณผิวกระดูกหุ้มข้อเข่า และแตกหลุดเป็นเศษเล็ก ๆ ตกค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อ (จิตเวทย์ ตุมราศวิน, 2538; อภิชัย คงเสรีพงศ์, 2542) ต่อมาบริเวณขอบกระดูกจะมีการงอกของกระดูกใหม่ (osteophyte) เกิดขึ้นทำให้ผิวกระดูกหนาขึ้น (Adam, Eckstein, Milz, & Putz, 1998) ไม่เรียบ ขรุขระ ช่องว่างระหว่างข้อเข่ามีขนาดแคบลง เมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อจะมีการเสียดสีของขอบผิวที่ขรุขระจึงมีเสียงดังในข้อ (crepitus) กระดูกที่งอกขึ้นมาใหม่เจริญไปติดกับเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่าทำให้รูปร่างของข้อเข่ามีการเปลี่ยนแปลง โดยข้อเข่าจะบวม (White, 2006) และมีขนาดใหญ่ขึ้น (joint enlargement) ผู้สูงอายุที่มีการดำเนินของโรคต่อไปเรื่อย ๆ เศษกระดูกที่แตกหลุดตกค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อจะเป็นสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายมีกลไกกำจัดโดยอาศัยกระบวนการอักเสบจึงทำให้เกิดการอักเสบของข้อเข่า (White, 2006) ตามมา ขณะเดียวกันจะมีการสร้างหรือผลิตน้ำไขข้อ (synovial fluid) เพิ่มมากขึ้นเกิดข้อบวมน้ำ (joint effusion) ผลจากการที่ข้อเข่ามีขนาดใหญ่และช่องว่างระหว่างข้อเข่าที่มีขนาดแคบลง ทำให้ข้อกระดูกมาชนและเชื่อมติดกัน

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อ ข้อติดแข็ง โดยในระยะแรกเริ่มจะมีอาการปวดเมื่อยเมื่อยยืนหรือเดินนาน ๆ เมื่อหยุดพักอาการก็หาย และมีอาการข้อขัดตึง

ขยับไม่ค่อยสะดวกเวลาลุกจากทำนั่งเป็นทำยืน หรือหลังจากพักการใช้ช้อนาน ๆ ซึ่งอาการจะเกิดเพียงชั่วคราว เมื่อโรคดำเนินไปเป็นระยะเวลานานและมีความรุนแรงขึ้นโดยไม่ได้รับการแก้ไข ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดมาก (McHugh, Silman & Luker, 2007) และบ่อยขึ้นจนทำให้ขึ้นลงบันไดลำบาก (Mandeville, Osternig & Chou, 2007; Kapstad, et al., 2007) เมื่อนั่งแล้วอาจลุกไม่ขึ้นต้องให้คนช่วยพยุงและอาจต้องอาศัยไม้เท้าพุงเวลาเดิน หรือทุกก้าวที่ต้องเคลื่อนไหว และอาจปวดเพิ่มมากขึ้นแม้ขณะพักหรือขณะนอนหลับตอนกลางคืน (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2542) ทำให้รบกวนการนอนหลับต้องตื่นขึ้นมา (อรสา กาพันธ์, 2545) บางรายอาจเกิดอาการหดรัดของกล้ามเนื้อต้นขาและมีความผิดปกติของรูปร่างข้อเข่า เช่น ขาโก่ง (genu varus) ขาลีง (genu valgus) (ทวิพร เตชะรัตนมณี, 2546) ทำให้ความสามารถในการเดินลดลงจากการที่ไม่สามารถเหยียดเข่าได้เต็มที่ เสียสมดุลในการทรงตัว ขาดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว (Jakobsson & Hallberg, 2006) ซึ่งผลต่อเนื่องในระยะยาวทำให้ข้อติดแข็ง เคลื่อนไหวข้อได้ไม่เต็มที่ (Hall, Mockett & Doherty, 2005) กล้ามเนื้อลีบและเกิดความพิการ (Bijlsma, 2007) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดิน ลดการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องแยกจากสังคม ข้อจำกัดต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและเครียด (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) จากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2532) พบว่า ความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรังจะนำไปสู่การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวังตามมา หรือมีความเชื่อว่าภาวะเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่เป็นการใช้เวรกรรมที่ตนก่อขึ้น (จารุวรรณ แสนห้วงศ์, 2548) และถูกลงโทษจากพระเจ้า (Phippps, 1999)

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมหน่วยแรกที่มีความใกล้ชิด มีความผูกพัน มีการถ่ายทอดและรับแบบพฤติกรรมการปฏิบัติต่อกัน หากครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อกันในทางที่ดี มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการสื่อสาร การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนมีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ความอบอุ่น ความปลอดภัย โดยจะส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่สมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ สมาชิกในครอบครัวรู้หน้าที่อันพึงปฏิบัติ โดยเฉพาะหน้าที่ที่ต้องให้การสนับสนุนต่อผู้สูงอายุทั้งในกรณีปกติและกรณีเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและการสนับสนุนทางด้านต่าง ๆ จากครอบครัว เช่น ด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจ และนอกจากนั้นยังมีความต้องการความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และต้องการการติดต่อจากญาติพี่น้อง ลูกหลานด้วย

House (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนไว้ 4 ด้าน คือ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน ด้านวัตถุเงิน แรงงานและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความครอบคลุมเหมาะสมในการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ผลกระทบของครอบครัวเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามาทำหน้าที่ในการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามความรุนแรงของโรคที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกใน

ครอบครัวมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมและเกิดความไม่สุขสบายจากอาการปวดข้อ รวมทั้งมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ครอบครัวต้องเข้ามารับบทบาทในการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมเหล่านี้ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุขึ้นกับพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มากน้อยขนาดไหน เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลและคอยช่วยเหลือส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล จากการต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการรักษาอาการของโรคอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการข้างต้นไม่ให้ลุกลามและรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางรายต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เพื่อบรรเทาอาการปวดหรือทำให้สภาพการทำงานของเข่าดีขึ้น (แวนดาว ทวีชัย, 2543)

หากการสนับสนุนของครอบครัวไม่ครอบคลุมหรือละเลยไม่เห็นความสำคัญ ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ความรุนแรงของโรคมักขึ้น (แวนดาว ทวีชัย, 2543) จากอาการข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดเมื่อต้องเดินหรือใช้ข้อเข่า แต่เมื่อพักการใช้ข้อเข่าก็จะหายปวด เมื่อมีการละเลยการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว อาการปวดจะมากขึ้นถึงขนาดไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ ซึ่งทำให้ข้อเข่าติดและเกิดความพิการในระยะต่อมา การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม (ทัศนีย์ รวีวิภู, 2542) โดยผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมจะต้องมาเข้ารับการรักษาด้วยโรคอาการปวดเข่าเป็นประจำซึ่งถ้ามีการบริหารข้อเข่าที่ดีและถูกต้องสม่ำเสมอจะช่วยชะลออาการเสื่อมของข้อเข่าได้ โดยไม่ต้องใช้เวลาในการรักษาดูแลที่ยาวนานขึ้น (ศุภร เขียวมนตรี, 2547) หรือไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541) การที่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้รับการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จากครอบครัวก็จะบรรเทาผลกระทบเหล่านั้นได้ ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวนี้จะช่วยให้คงไว้ซึ่งสภาพอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะความรุนแรงของโรคที่น้อยลง ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเข้มแข็ง และจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพที่ดี (จารุวรรณ เสน่ห์วงศ์, 2548) ลดความสูญเสียค่าใช้จ่าย และเวลาที่สูญเสียไปเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวบรวมปัญหาต่าง ๆ หรือข้อเสนอแนะจากการวิจัย ที่พบว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในระดับสูงแต่มีการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง (มาริสา สุวรรณราช, 2544; ศุภร เขียวมนตรี, 2547) ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (แวนดาว ทวีชัย, 2543; ทวีพร เตชะรัต นมณี, 2546) และงานวิจัยที่เกี่ยวกับระบบครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมพบว่า ระบบสนับสนุนจากครอบครัวไม่เพียงพอ (ปชานัญญ์ คันทิโกสม, 2548) การรับรู้การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (เจิง สู่ย, 2000) ครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน (อรรณพ ทองคำ,

2546) การยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ยุวดี กฤษวัฒนากรณ์, 2537) และควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541) การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องมากขึ้นเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมากขึ้นเพียงใด (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540)

การรับรู้เป็นกระบวนการที่สิ่งเร้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสต่างๆ ของร่างกาย และส่งไปยังสมองโดยอาศัยประสาทสัมผัสเดิม ซึ่งตอบกลับออกมาในรูปของการกระทำใดการกระทำหนึ่ง ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากแนวคิดของ Gestalt (1912 อ้างใน มาลี อิมพัทธ์, 2544) พบว่าการรับรู้จึงเป็นพฤติกรรมภายในที่อยู่ระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรมการตอบสนอง การรับรู้จะเป็นอย่างไรขึ้นกับปัจจัยสองอย่างคือ สิ่งเร้า กับตัวผู้รับรู้ ปัจจัยสิ่งเร้า เช่น ใหญ่ เล็ก ความซ้ำ เคลื่อนไหว ส่วนปัจจัยตัวผู้รับรู้ มีองค์ประกอบจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความคาดหวัง แรงจูงใจ ทักษะ ความสนใจ และค่านิยม หากญาติผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีการรับรู้ที่ดีในเรื่องเหล่านี้คือ ความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ทักษะในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม และค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ก็จะส่งผลถึงการกระทำของญาติที่แสดงออกมาจากการรับรู้ในทางที่ดีด้วยเช่นกัน การรับรู้ของญาติจะช่วยในการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในด้านต่าง ๆ

วิถีชีวิตของคนไทยในชนบทภาคใต้มีลักษณะที่เฉพาะตามค่านิยมพื้นฐาน และโลกทัศน์ที่สืบต่อมา แต่บรรพบุรุษซึ่งมีลักษณะเป็นพหุสังคมและพหุวัฒนธรรมของการผสมกลมกลืนระหว่างเชื้อชาติ และวัฒนธรรม ได้แก่ การเป็นคนเปิดเผยจริงใจและตรงไปตรงมา การให้ความเคารพยกย่องพ่อแม่และผู้อาวุโส การนิยมระบบครอบครัว ไม่แยกครอบครัวไปจากพ่อแม่ และมีความเชื่อในโหราศาสตร์ บูพกรรมและอดีตชาติ ปรารถนาเพื่อชาติหน้าที่ดีกว่า (ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา, 2541) อีกทั้งความหลากหลายทางวัฒนธรรม เช่น การนับถือศาสนาพุทธ อิสลาม และคริสต์ การสืบทอดทางเชื้อสายที่มีความแตกต่าง เช่น ไทย จีน และมลายู คนไทยภาคใต้นิยมอยู่ในถิ่นกำเนิดของตน ไม่นิยมย้ายถิ่น ไม่นิยมแยกครอบครัวไปจากพ่อแม่ (ชนิษฐา นาคะ, 2542) ซึ่งมีความแตกต่างจากภาคอื่นๆ ที่มีการศึกษาแนวโน้มทางสังคมพบว่าแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และผู้สูงอายุจะถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพื่อดูแลหลาน ขณะที่พ่อแม่ออกไปทำงานยังต่างจังหวัด เป็นปัจจัยหนึ่งที่เลือกศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับปานกลาง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ อยู่ในอันดับหนึ่ง จากการศึกษาของวรรณนา กุมารจันทร์ (2543)

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน จะเป็นแนวทางในการค้นหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ในฐานะที่เป็นพยาบาลมีส่วนใน

การร่วมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ การรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมคุณภาพและฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้นจึงได้ศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมว่ามีปัจจัยใดที่จะทำให้การสนับสนุนของครอบครัวได้ไม่ดีหรือไม่ครอบคลุม ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้อาจสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวางแผนการพยาบาลและปรับให้เหมาะสมต่อไป จึงเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลควรให้ความสนใจ

### คำถามการวิจัย

1. การสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับใด
2. ความคาดหวังในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางใดกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
3. ทักษะคิดในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางใดกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
4. แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางใดกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
5. ความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางใดกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
6. ค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางใดกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของครอบครัวผู้สูงอายุ ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคิดในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแลกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จะได้รับผลกระทบที่เกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันรักใคร่เป็นพื้นฐาน ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ครอบครัวยังขาดการตระหนักหรือความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการ

ของโรคเพียงลำพัง ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ด้วยบุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน กลุ่ม Gestaltism (1912 อ้างใน มาลี ยิมพัฒนา, 2544) มีแนวคิดที่สำคัญว่า ส่วนรวมมีค่ามากกว่าผลบวกของส่วนย่อย ความเชื่อเรื่องนั้นนำมาอธิบายการรับรู้ได้เช่นกัน นั่นคือ การรับรู้วัตถุต่างๆ เราไม่ได้แยกเป็นส่วน ๆ แต่รับรู้ส่วนรวมทั้งหมด เช่น เวลาที่เราฟังเพลง เราฟังต่อเนื่องกันไปไม่ได้แยกเป็นโน้ตแต่ละตัว หรือเป็นตอน ๆ เช่นเดียวกับการรับรู้ของญาติหรือครอบครัวของผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมที่มีการรับรู้ภาพรวมทั้งหมดของผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม แต่การรับรู้เกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความคาดหวัง แรงจูงใจ ทักษะคิด ความสนใจ และค่านิยม เนื่องจากการเลือกรับรู้ บุคคลเลือกรับรู้สิ่งเร้าบางอย่าง และมองข้ามสิ่งเร้าบางอย่าง ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การรับรู้สิ่งเร้าได้บางส่วนไม่ใช่ทั้งหมดอะไรเป็นสาเหตุ อาจตอบได้ว่าเกิดจากปัจจัย 2 อย่างคือ สิ่งเร้า เช่น เข็ม ใหญ่ การเคลื่อนไหว และตัวผู้รับรู้ เช่น ความคาดหวัง ทักษะคิด แรงจูงใจ ความสนใจ ค่านิยม ซึ่งสิ่งเร้าเราไม่สามารถจัดกระทำหรือวัดด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ในส่วนตัวผู้รับรู้เราสามารถวัดได้จากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้ทางอ้อมเพื่อนำมาอ้างอิงถึงผลของการรับรู้ จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ว่า ปัจจัยแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของญาติหรือครอบครัวผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ต่อการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม โดยมีปัจจัยดังนี้

**ความคาดหวังในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม** จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความคาดหวังแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด โดยความคาดหวังในการดูแลอยู่ในระดับสูง การรับรู้ในการดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง (กัลยา แซ่ซิด, 2547) ซึ่งการวิจัยของหุมพร รุ่งเรือง (2542) พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยกับผู้ให้การสนับสนุนอาจแตกต่างกัน ผู้ให้การสนับสนุนคิดว่าได้ให้มากพอสมควรแต่ผู้ป่วยอาจจะไม่รับรู้หรือความคาดหวังมากกว่า ความจริงที่ได้รับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ มณฑิรา เขียวยิ่ง และคณะ (2543) พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในการดูแลสุขภาพจากครอบครัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเป็นจริงในการดูแลสุขภาพจากครอบครัว

**ทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ทำที่ หรือความสนใจต่อการดูแลของครอบครัว (เชียรศรี, 2527; จิราวัฒน์, 2538) ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในทางด้านบวกหรือลบ สอดคล้องกับ กนกวรรณ คุ่มวงศ์ (2536) พบว่า ทัศนคติที่ดีของพี่เลี้ยงในสถานสงเคราะห์มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ

**แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (โสภา หอยสังข์, 2541) สอดคล้องกับ ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์ (2546) พบว่า การเกิดแรงจูงใจที่ดี จะทำให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติของบุคคล สอดคล้องกับ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) พบว่าผู้สูงอายุมีแรงจูงใจตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว



ความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลสนใจและเอาใจใส่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมใช้ยาโรคเบาหวานได้ดี (สนใจและชื่นจิต , 2541 อ้างใน ศุภกร เขียวมนตรี, 2547) สอดคล้องกับอรรถพร ทองคำ (2546) ที่ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ด้านความผูกพันทางอารมณ์พบว่า สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน

ค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม จากการศึกษาพบว่าค่านิยมของลูกต้องให้การดูแลเลี้ยงดูอย่างดีแก่พ่อแม่สูงอายุ ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย (ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ, 2538) สอดคล้องกับ วรรณภา กุมารจันทร์ (2543) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้บน พบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ในครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าจากบุคคลในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

การสนับสนุนของครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ สมาชิกในครอบครัวจะมีความรู้สึกอบอุ่นมั่นคง และปลอดภัยเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน ครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพดี จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผ่านพ้นวิกฤตการณ์ในชีวิตและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับสูง
2. ความคาดหวังในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
3. ทักษะคิดในการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
4. แรงจูงใจในการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
5. ความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
6. ค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม และระดับของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ความคาดหวังในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ทักษะคิดในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม การสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ที่มารับการรักษาที่แผนกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคใต้ตอนบน

**ประชากร** คือ บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อมที่มีอายุเกิน 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่นำผู้ป่วยสูงอายุข้อเข้าเสื่อมมารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 110 คน ที่ทำการสุ่มได้จากโรงพยาบาลทั่วไป คือ โรงพยาบาลเกาะสมุย โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**ตัวแปรที่ใช้ศึกษา** ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ความคาดหวังในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ทักษะคิดในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม และการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ยูวดี กฤษวัฒนากรณ์ (2537) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงในส่วนของข้อความบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับ

กลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการประเมิน 4) ด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า การสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย

**ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือ บุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม และแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเชื่อ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม โดยพยายามจะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และประเมินโดยใช้แบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ศิริรัตน์ วิชิตระกูลถาวร (2545) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Herth (1992) แบ่งเป็นความคาดหวังในคุณภาพการดูแลเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต 2) ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก และ 3) ความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า มีความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย

**ทัศนคติในการดูแล** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความเข้าใจ และมีท่าทีที่แสดงออกถึงการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ทั้งในทางที่ดี คือ การสนับสนุน และในทางที่ไม่ดีคือ การไม่สนับสนุน ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินทัศนคติในการดูแล ที่ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามจาก สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) ที่ได้ปรับปรุงแบบวัดทัศนคติต่อการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของ ปรีชิตา เชิดชูเกียรติสกุล (2537) ครอบคลุมองค์ประกอบของทัศนคติที่มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา 2) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก 3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า มีทัศนคติในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย

**แรงจูงใจในการดูแล** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความต้องการที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสาะแสวงหาของตนเอง โดยมีแรงผลักดันจากความรับผิดชอบ ความรัก ความห่วงใย โดยไม่ต้องอาศัยรางวัลภายนอก หรือกฎเกณฑ์ภายนอกเป็นข้อบังคับ เพื่อจะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ประเมินตามการรับรู้ของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบวัดแรงจูงใจในการดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Weiner (1979) แบ่งเป็น 4 ด้าน

คือ 1) ความสามารถ 2) ความพยายาม 3) ความยากง่าย ส่วนด้านที่ 4) โศก ความทุกข์ไม่ได้ "ไม่มีความคงตัว" จึงปรับเปลี่ยนให้ครอบคลุมด้านโรค

การแปลความหมาย คະแนนรวมมาก แปลว่า มีแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย

**ความสนใจในการดูแล** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีการแสดงพฤติกรรมกระตือรือร้น การเอาใจใส่ ความรู้สึกชอบ และชวนขวยที่จะเข้าร่วม หรือค้นคว้าเพิ่มเติม ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบวัดความสนใจในการดูแลซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นจากแบบสอบถามของ วิษณุ นภาพันท์ (2544) ที่ครอบคลุมความสนใจในการดูแลประกอบด้วย 5 ลักษณะคือ 1) ความสนใจเป็นความรู้สึก 2) ความสนใจเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล 3) ความมุ่งหมายและเอาใจใส่ต่อสิ่งนั้น 4) อยากรู้อยากเห็นที่ความต้องการจะทำ 5) มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย การแปลความหมาย คະแนนรวมมาก แปลว่า มีความสนใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย

**ค่านิยมในการดูแล** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความเชื่อว่าสิ่งใดที่พึงปรารถนาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมคือสิ่งที่ดี และสิ่งใดที่ไม่พึงปรารถนาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมถือว่าไม่ดี ประเมินโดยใช้แบบวัดค่านิยมในการดูแล โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก พจนีย์ พจนะลาวัณย์ (2544) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ค่านิยมทางวัตถุ ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมด้านความจริง ค่านิยมทางสุนทรีย์ ค่านิยมทางจริยธรรม ค่านิยมทางศาสนา การแปลความหมาย คະแนนรวมมาก แปลว่ามีค่านิยมในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลปฏิบัติกร โดยนำปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลตลอดจนส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เป็นแนวทางของพยาบาลในด้านบริหาร บริการ วิชาการ เพื่อส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอย่างเป็นระบบ
3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
2. ภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
3. การสนับสนุนของครอบครัว
4. การรับรู้
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนของครอบครัว
  - 5.1 ความคาดหวังในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
  - 5.2 ทักษะคิดในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
  - 5.3 แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
  - 5.4 ความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
  - 5.5 ค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
6. บทบาทพยาบาล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ Christiansen and Grzybowski (1993 อ้างในศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549: หน้า11-25) ได้แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ดังมีรายละเอียดดังนี้

##### 1.1 การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ (external signs of physical aging)

1.1.1 ผิวหนัง (skin) การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ (heredity of the aging person) และการได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ตจากแสงอาทิตย์ โดยที่แสงอัลตราไวโอเล็ต หรือแสง UV ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนที่สร้างโปรตีน เช่น ที่หน้ามือ คอ จะเสียมากกว่าผิวหนังบริเวณหลังและบริเวณอื่น อายุและแสงอาทิตย์ส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลของการทำงานของร่างกาย และการศึกษาพบว่า คนผิวขาว ตาสีฟ้าหรือเขียว หรือผมสีแดงจะได้รับผลกระทบจาก UV มากกว่าคนผิวดำ เนื่องจากมีเม็ดสีผิวป้องกันน้อยกว่าและจำนวนเม็ดสี (melanin) ที่ผิวหนังจะลดลงตามอายุ ดังนั้น ผิวหนังอาจต่างเป็นแห่ง (hypopigmentation) เนื่องจากการกระจายของเม็ดสีผิวไม่สม่ำเสมอในผิวหนังผู้สูงอายุหรือบางแห่งจะมีผิวเข้มเป็นแห่ง ๆ เรียกว่า

“age spot” จะเป็นก้อนเนื้อหรือฝ้า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่สังเกตเห็นได้คือ การเปลี่ยนแปลงความหนาของผิวหนัง โดยผิวหนังจะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น ผิวหนังชั้น epidermal และชั้น dermal จะเชื่อมต่อกันแบบราบ เนื่องจากการแบ่ง cell และ elastic และ collagenous fibers ลดลง ผิวหนังจะหยาบและมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการเหี่ยวย่นได้ การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ความชุ่มชื้นของผิวและสุขภาพผิวลดลงด้วย และการสูญเสียปริมาตรของกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งชั้นไขมันที่ผิวหนัง (subcutaneous fat) จะส่งเสริมให้เกิดรอยเหี่ยวย่นได้

1.1.2 ผมและการสร้าง (aging hair & hair product) ผมของผู้สูงอายุจะลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ผมหงอกเป็นผลมาจากการสูญเสีย pigment และ cellular material จะหงอกเร็วขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ การมีผมร่วงก็มีขึ้นมาเกี่ยวข้องเช่นกันแต่อาจมีรูปแบบต่างไป โดยปกติความหนาแน่นของผมลดลงจาก 615 ต่อตารางเซนติเมตร เมื่ออายุ 25 ปีขึ้นไป จะลดลงเหลือ 485 ต่อตารางเซนติเมตร เมื่ออายุ 50 การสูญเสียที่เราอาจไม่ได้สังเกตในตนเอง เช่น บริเวณรักแร้ บริเวณหัวหน่าว และส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ในเพศหญิง จะมีขนขึ้นที่หน้า ขนอาจจะแข็งสังเกตเห็นได้ชัดเจนมากกว่าชาย ซึ่งเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนของฮอร์โมน androgen/estrogen และในเพศชาย ผมที่ศีรษะและลำตัวลดลง และมักจะมียางแข็ง ๆ หยาบขึ้นในรูหู และจมูก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความดึงดูดใจและความภาคภูมิใจในเรื่องเพศ

1.1.3 ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ (aging sebaceous and sweat glands) ต่อมไขมันมีหน้าที่เคลือบผิวหนัง รากผม ให้ความชุ่มชื้น แต่จะมีการหลั่งลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น อาจทำให้เกิดต่อมไขมันอักเสบ ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ ขนหยาบค่อนข้างเปราะและผิวแห้ง หน้าที่ของต่อมเหงื่อจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ต่อมเหงื่อที่รักแร้ในคน 61-75 ปี ทำงานเพียงแค่ครึ่งหนึ่งของคนที่อายุ 15-50 ปี แต่ความทนต่ออากาศร้อนไม่ลดลง ทำให้ขาดการระมัดระวังต่ออุณหภูมิร้อน ๆ ก่อให้เกิดการเป็นลมแดดได้

1.1.4 เล็บมือเล็บเท้า (aging fingernail and toenails) การเจริญของเล็บมือเล็บเท้าลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น เช่น คนในวัย 30 ปี มีอัตราการเจริญของเล็บเท่ากับ 0.83/ สัปดาห์ แต่ในคนที่อายุ 90 ปี จะยาวเพียงแค่ 0.52 / สัปดาห์ เล็บอาจจะลอกเป็นชั้น ๆ สีของเล็บจะเปลี่ยนไป เช่น เล็บเท้าในคนสูงอายุมีสีเหลือง หนาขึ้น และการเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการและการทำงานของระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุได้ เล็บนิ้วเท้าอาจจะเจริญยาวห้อยลึกลงไปทำให้เกิดปัญหาที่เท้าได้ ถ้าตัดเล็บไม่ดี เช่น เกิดการอักเสบ ไม่สามารถเดินได้ อาจส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงและก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้

1.1.5 ส่วนสูง (height) การเจริญตามยาวของกระดูกลดลงเมื่อมีอายุ 40 ปี โดยปกติแล้ว ความสูงของคนวัยหนุ่มสาวจะเท่ากับ 1 ช่วงแขนของคนนั้น ๆ แต่ในผู้สูงอายุจะไม่ถึง

เนื่องจากช่วงรอยต่อของกระดูกหลังเริ่มแคบลงจากการบางลงจากภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ทำให้ส่วนสูงจะลดลง 1.5 ซม. ทุก ๆ 20 ปี การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลัง เช่น ข้อต่อกระดูกสันหลังยุบ (vertebral collapse) ทำให้เกิดหลังค่อม และส่วนหนึ่งมาจากการเดินหลังค่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี เดินในที่ที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้

1.1.6 น้ำหนัก (weight) น้ำหนักอาจจะคงที่ไปจนถึงอายุ 70 ปี แต่สัดส่วนของไขมันในกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไป จะมีไขมันมากขึ้น ถึงแม้จะสูญเสียไขมันไปในบริเวณใบหน้า แต่จะพบว่าไขมันสะสมมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและสะโพก แบบแผนการรับประทานอาหารในวัยเยาว์จะมีผลในการควบคุมน้ำหนักในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่อ้วนอาจจะลดได้โดยใช้วิธีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

## 1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส

1.2.1 สายตา (sight) การมองเห็นจะลดลงตามอายุ เลนส์ตาจะมีความยืดหยุ่นลดลง และกล้ามเนื้อตาที่หย่อนสมรรถภาพลงทำให้ลำบากในการเพ่งมองสิ่งที่อยู่ใกล้ ๆ ไม่ชัด ซึ่งเรียกว่า “presbyopia” คือมีความยากลำบากในการอ่านในระยะที่ปกติ ประมาณ 1 ฟุต ห่างจากตาหรือสายตาวาว นอกจากนี้ยังมีเลนส์ตาแคบลง ความสามารถในการมองเห็นในที่มืดลดลง กล้ามเนื้อที่มองตาหดตัวลดลงทำให้รูม่านตาเล็กลง แสงเข้าไปได้น้อย ส่งผลให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง ซึ่งจะเป็นเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ การเพิ่มขึ้นของแรงดันในลูกตาทำให้เกิดต้อหิน (glaucoma) ได้ ซึ่งทำให้สูญเสียการมองเห็นบริเวณโดยรอบ (peripheral vision) มองเห็นนวงขาว ๆ ที่ดำดำเกิดจากการสะสมของกรดไขมัน (lipid) เรียกว่า “arcus senilis” และการสูญเสียไขมันรอบดวงตา อาจทำให้เกิดขอบตาดำและหนังตาตกได้

1.2.2 การได้ยิน (hearing) เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าความสามารถในการได้ยินจะลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น จากการทดสอบพบว่าการได้ยินจะลดลงในด้านความถี่และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความดังของเสียง ทำให้สูญเสียการได้ยินเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ ซึ่งมาจากการสูญเสียประสาทการได้ยินที่ cochlea และการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของหูชั้นกลางและชั้นใน ที่เรียกว่า “presbycusis” คือการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุหรืออาการหูตึง ความสามารถในการได้ยินลดลงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้สูงอายุได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร บางครั้งอาจทำให้เกิดการถอยหนีจากสังคมได้ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางจิตใจ การพูดกับผู้สูงอายุควรจะช้า ๆ ชัดเจน ไม่ควรตะโกน ไม่ควรพูดเสียงแหลมเล็ก ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการทดสอบการได้ยินและใช้เครื่องช่วยฟัง ถ้าจำเป็น

1.2.3 การสัมผัสและการรับรู้สัมผัส (touch and sensation) การตอบสนองของอุณหภูมิและแรงดันจะลดลง เนื่องจากผิวหนัง ระบบการไหลเวียนของเลือดและระบบประสาทและต่อมไร้ท่อเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะทำให้การรับรู้สัมผัสลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ ผู้สูงอายุอาจจะถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ขณะปรุงอาหาร และอาจจะล้มตumblesเอาใจ

ใส่ต่อแผลทำให้เกิดความเจ็บปวดและติดเชื้อได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำในเรื่องนี้เพื่อจะได้หาทางป้องกันสิ่งที่จะเกิดขึ้น

1.2.4 การรับกลิ่น (smell) ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง อาจเนื่องมาจากการสูญเสียประสาทที่ควบคุมการรับกลิ่น (olfactory receptors) ทำให้ความสามารถในการแยกแยะกลิ่นต่าง ๆ ที่คุ้นเคยลดลง หรือไม่สามารรถได้กลิ่นอาหารที่เริ่มบูดเน่าได้ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง

1.2.5 การรับรส (taste) เยื่อบุช่องปากฝ่อลง ตุ่มรับรสมิ่จำนวนลดลง ทำให้ความสามารถในการรับรสน้อยลง การรับรสน้อยลงและรสเค็มสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว ขณะเดียวกันประสาทการรับกลิ่นก็ลดลงเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จะส่งผลกระทบต่อความอยากอาหารรวมทั้งความปลอดภัยได้ เช่น ผู้สูงอายุจะได้รับน้ำตาลและเกลือมากกว่าปกติ เนื่องจากการสูญเสียการรับรสน้อยลงและรสเค็ม และผู้สูงอายุอาจรับประทานอาหารที่บูดเน่าโดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากการสูญเสียการรับรสชาติและกลิ่นของอาหารที่เปลี่ยนไป

### 1.3 การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal changes) การสูงอายุจะมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความหนาแน่นของกระดูก (bone density) การเจริญของกระดูกตามขวางลดลง การเจริญจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อมีอายุสูงขึ้น และกระดูกโปร่งบางลง มีการสูญเสียแร่ธาตุออกไป ปริมาตรกระดูก จะเสียไปประมาณ 1 ใน 4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงวัยหมดประจำเดือน ดังนั้นจะเห็นความแตกต่างของอัตราการเกิดกระดูกหัก ระหว่างเพศชายและเพศหญิง และยีนที่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะกระดูกพรุน พบมากในคนเอเชีย และยุโรปตอนเหนือ

1.3.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายมีขนาดลดลงเล็กน้อย แต่ห้องบนซ้ายมีขนาดเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจจะมีแคลเซียมมาเกาะ มีการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อที่เป็นเส้นใย ซึ่งจะมีผลระบบการสูดนำ การเต้นของหัวใจลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น แต่บางคนอาจไม่ลดลงในรายที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอได้

1.3.3 ระบบหายใจ ปริมาตรของปอดไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีการสูญเสียแคลเซียมที่รอยต่อของกระดูกอ่อน การเสื่อมของกระดูกซี่โครงมีผลต่อประสิทธิภาพของการหายใจ มีความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อทรวงอกอ่อนแรง แต่ความสามารถปอดยังคงเดิม แต่ปริมาณอากาศที่ค้างในปอด เพิ่มขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจอ่อนแรงลง ปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกลดลง เยื่อที่ถุงลมเสื่อมลง ทำให้การแลกเปลี่ยน ก๊าซออกซิเจนลดลง ประสิทธิภาพการจับเสมหะบกพร่อง และความสามารถในการต่อต้านการติดเชื้อลดลง

1.3.4 ระบบย่อยอาหาร การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุจะไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด ที่พบได้ เริ่มตั้งแต่ ฟัน ลื่น ซึ่งทำให้การกินอาหารไม่ได้หรือไม่อร่อย อาจจะไปสู่ภาวะขาดสารอาหาร การทำงานของกล้ามเนื้อในลำคอไม่ดี ทำให้กลืนลำบาก และ



ลำบากได้ง่าย การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ การย่อยและการดูดซึมช้าลง ทำให้มีอาการท้องอืด แน่นท้องขึ้น และรวมทั้งอาจจะทำให้เกิดปัญหาท้องผูกได้ด้วย

1.3.5 ระบบขับถ่ายปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ การทำงานของไตลดลงตามอายุที่สูงขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากภาวะขาดน้ำ การติดเชื้อและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจบกพร่อง การกรองของเสียที่ไตเริ่มลดลงหลังจากอายุ 20 ปี และจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่วัย 50 ปี จนถึง 70 ปี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่าเนื้อไตลดลง เลือดไปเลี้ยงที่ไตก็ลดลงด้วย ทำให้การขับถ่ายของเสียช้าลง การขับถ่ายของเสียต้องใช้น้ำมากขึ้น ทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยขึ้นและอาจจะต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะในตอนกลางคืนบ่อยกว่าเดิม ในรายที่หลับยากหรือตื่นแล้วมักจะไม่นอนหรือใช้เวลานานกว่าจะหลับได้อีก ก็จะทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับได้

1.3.6 ระบบประสาทส่วนกลาง เซลล์ประสาท สูญเสียไป น้ำหนักสมองลดลงจาก 1,400 กรัม ในวัยหนุ่มสาว เหลือเพียง 1,200-1,300 กรัม เมื่อมีอายุสูงขึ้น และทำให้ขนาดของ ventricles ในสมองกว้างขึ้น การสูญเสียนี้มักพบในบริเวณสมองระบบ cholinergic สูญเสียหน้าที่ในการสื่อสารตลอดทั้ง มีการสะสมของโปรตีน ในสมองคล้ายกับโรคอัลไซเมอร์ สมองมีการเปลี่ยนแปลงของ white matter ของ cerebrum ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่อยู่ในระดับ subconscious ทำให้ระยะเวลาในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง

1.3.7 ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมไทรอยด์และฮอร์โมนต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเมื่ออายุสูงขึ้น ยกเว้นสิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะทางเพศ อย่างไรก็ตาม ก็เป็นการยากที่จะแยกแยะระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่ปกติและการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่ด้อยลงจะมีผลต่อการสร้างและการย่อยสลาย อินซูลิน ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ hyperglycemia แต่จะตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะเนื่องจากมี renal threshold ของระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น

## 2. ภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีการอักเสบ เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อที่บุปลายกระดูกของข้อ มักเกิดควบคู่ไปกับการเพิ่มของอายุ ดังนั้นจึงเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทนทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก เป็นโรคที่ใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนาน กว่าอาการจะดีขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2.1 พยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ากระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) จะเปลี่ยนลักษณะจากเรียบ ขาว และใส เป็นสีเหลือง และขุ่น บางส่วนจะนิ่ม (chondro malacia) ผิวไม่เรียบและมีรอยแตกแต่จะมีบางส่วนที่เนื้อกระดูกยังปกติ เมื่ออาการเสื่อมของข้อมีมากขึ้นผิวกระดูกอ่อนจะร่อนลอกหลุดเป็นแผ่น (flaking) หรือแตกเป็นริ้ว

(Fibrillation) ภายใต้นี้จะพบว่า มีเศษกระดูกอ่อนจะร่อนหลุดอยู่ในสารน้ำเลี้ยงข้อ (synovial fluid) และทำให้เกิดการอักเสบของข้อ นอกจากนี้จะพบกระดูกบริเวณใต้กระดูกอ่อน (subchondral bone) มีการเปลี่ยนแปลงร่วมด้วย โดยมีลักษณะแข็ง (sclerosis) เพิ่มมากขึ้น มองเห็นทึบแสงในภาพรังสี หรืออาจมีการงอกของกระดูก เกิดขึ้นด้วย ดังนั้นหากการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถซ่อมแซมได้ทันหรือไม่สามารถหยุดยั้งปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเสื่อมยิ่งขึ้น จะพบลักษณะของถุงน้ำเกิดในชั้นกระดูกชั้นใต้ทันหรือไม่สามารถหยุดยั้งปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเสื่อมยิ่งขึ้น จะพบลักษณะของถุงน้ำเกิดในชั้นหรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในตัวกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะพบลักษณะของถุงน้ำเกิดในชั้นกระดูกอ่อนผิวข้อ (subchondral bone cyst) ซึ่งเป็นผลมาจากการคั่งของสารน้ำในข้อหรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในตัวกระดูกเองเกิดเป็นช่องและมีน้ำขังอยู่ภายใน เมื่อมีจำนวนน้ำมากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวกระดูกเองเกิดเป็นช่องและมีน้ำขังอยู่ภายใน เมื่อมีจำนวนน้ำมากขึ้นจะทำให้มีแรงดันมากเสาะกระดูกอ่อนผิวข้อออกมาติดต่อกับช่องข้อได้

## 2.2 ชนิดของข้อเข่าเสื่อม แบ่งได้เป็น 2 ชนิด (แวนดาว ทวีชัย, 2543)

2.2.1 ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ (primary osteoarthritis หรือ idiopathic osteoarthritis) หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ มักเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของอายุและลักษณะการใช้งานของข้อ โดยไม่เคยมีประวัติของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับข้อเข่ามาก่อน

2.2.2 ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (secondary osteoarthritis) หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุจากภาวะหรือปัจจัยอื่นนำ ทำให้มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เช่น กระดูกหักที่มีรอยผ่านผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเรียงตัวไม่เรียบเหมือนเดิม (intraarticular fracture) การติดเชื้อภายในข้อ (pyogenic and tuberculous arthritis) ความผิดปกติของข้อแต่กำเนิด เป็นต้น

## 2.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (สมนึก กุลสถิตพร, 2549)

2.3.1 อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้ผิวข้อมีความยืดหยุ่นลดลง รวมทั้งมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นที่ยึดข้อเข่าทำให้ข้อเข่าไม่แข็งแรง (White, 2006)

### 2.3.2 กรรมพันธุ์

2.3.3 ความหนาแน่นกระดูกลดลง โดยเชื่อว่าการที่ปริมาณเนื้อกระดูกลดลงทำให้ความสามารถในการรับแรงกระแทก และความสิ้นสะท้อนของกระดูกในบริเวณข้อลดลง เป็นผลทำให้กระดูกอ่อนต้องรับแรงกระแทกในบริเวณข้อมากขึ้น เมื่อรวมกับการที่กระดูกอ่อนสูญเสียความยืดหยุ่นไป ยิ่งทำให้ข้อเกิดการบาดเจ็บมากขึ้น

2.3.4 การใช้งานเกินขนาด ซึ่งในกรณีนี้เชื่อว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการเสื่อมของข้อในผู้สูงอายุ โดยพบว่าข้อที่ถูกใช้งานมากจะเกิดความเสื่อมได้เร็วกว่าปกติไม่ว่าจะเป็นการใช้งานอย่างรุนแรง หรือการทำงานซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานก็ตาม

2.3.5 ความอ้วน เชื่อว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีแรงกดต่อข้อมากขึ้น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การเสื่อมของข้ออันเนื่องมาจากความอ้วนมากอายุระหว่าง 25-34 ปี ไม่พบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดข้อเสื่อมที่มากกว่าคนในวัยเดียวกันแต่จะพบอุบัติการณ์ของข้อเสื่อมในคนอ้วนอายุระหว่าง 55-64 ปี มากกว่าคนที่มิมีน้ำหนักตัวปกติ (Nunez & Matal., 2007)

2.3.6 ข้อหย่อนหรือข้อหลวม ซึ่งอาจเกิดจากความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหรือเอ็นยึดข้อต่อ ทำให้ข้อต่อมีโอกาสหลุดได้ ซึ่งหากมีการหลุดของข้อบ่อยครั้ง จะทำให้มีการอักเสบของข้อและถ้าการอักเสบนั้นเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง อาจมีหินปูนหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเกาะที่บริเวณหมอนรองกระดูกข้อเข้า

**2.4 อาการและอาการแสดง** (ชาติชาย ฎกกาญจนมรกด, 2547 ; ฐิตเวทย์ ตุมราศวิน, 2538) อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ และความรุนแรงในการดำเนินของโรค ซึ่งมักจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ มีลักษณะการเกิดเฉพาะที่ ไม่มีผลกระทบต่ออวัยวะในระบบอื่น อาการและอาการแสดงที่พบได้แก่

2.4.1 อาการปวด (Jakobsson, Hallberg, 2006 ; Kapstad, et al., 2007) จัดว่าเป็นอาการเริ่มแรกที่ปรากฏในโรคนี้ โดยจะปวดเวลาเคลื่อนไหว และทุเลาเมื่อหยุดพักต่อไปจะปวดแม้จะมีการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยหรือแม้แต่ในเวลาอยู่เฉย ๆ หรือนอนก็ปวด

1) ข้อฝืด ตึงยึด หรือข้อติดแข็ง มีอาการตึงขัดข้อหลังตื่นนอนหรือภายหลังอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ข้อฝืดมักมีอาการสั้นเพียงไม่กี่นาทีไม่เกิน 30 นาที ถ้าหากเป็นมากขึ้นจะทำให้ขึ้นลงบันไดลำบาก นั่งยอง ๆ หรือนั่งพับเพียบไม่ได้ หรือได้ไม่นาน และเมื่อนั่งอาจลุกไม่ขึ้นต้องมีคนพยุงขึ้น เดินไกลไม่ได้ และอาจต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน บางคนมีอาการปวดเมื่อเคลื่อนไหวข้อเข่าทำให้ต้องลดกิจกรรมที่เคลื่อนไหวข้อเข่า ข้อเข่าขยับได้ไม่เต็มพิสัยของการเคลื่อนไหวร่วมกับการหนาตัวของกระดูกที่งอกใหม่ทำให้เกิดข้อเข่าติดแข็งได้

2) เสียงกรอบแกรบจากการเสียดสีของกระดูก เกิดจากการเสียดสีของขอบกระดูกที่เจริญขึ้นมาใหม่บริเวณขอบของข้อต่อร่วมกับช่องว่างระหว่างข้อแคบลง ทำให้การเสียดสีของกระดูกมีมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุจะได้ยินเสียงกรอบแกรบในขณะที่เคลื่อนไหวข้อเข่า

3) อาการบวมและข้อมีขนาดใหญ่ขึ้น (joint edema และ joint enlargement) เกิดจากการหนาตัวขึ้นเรื่อยๆ ของกระดูกที่งอกใหม่และลูกกลมไปติดกับเอ็นรอบๆ ข้อเข่า และข้อเข่าบวมอักเสบมีน้ำไขข้อมากขึ้น (Adam, et al., 1998; White, 2006)

4) ภาวะข้อบวมน้ำ (joint effusion) เกิดเมื่อมีอาการเสื่อมของกระดูกดำเนินมาเป็นเวลานานเศษกระดูกที่แตกหลุดตกค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อเข่า เปรียบเสมือนสิ่งแปลกปลอมจึงเกิดกระบวนการอักเสบตามมา มีการสร้างน้ำไขข้อเพิ่มมากขึ้นเกิดข้อบวมน้ำ

5) การผิดรูปของข้อ เป็นระยะสุดท้าย เช่น ข้อเข่ามีลักษณะขาโก่ง ขาฉิ่ง ซึ่งเมื่อตรวจร่างกายจะพบว่าการลื่นของกล้ามเนื้อต้นขา

## 2.5 การรักษา

### 2.5.1 การใช้ยา ซึ่งมียาหลายชนิดให้เลือกใช้

- 1) ยาลดความปวด เริ่มจากการใช้ยาแก้ปวดทั่วไปก่อน เช่น ยาพาราเซตามอล
- 2) ยาต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ (nonsteroid anti-inflammatory drug: NSAID) เป็นยาที่ให้ผลดีมีหลายชนิดแต่ก็สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น การระคายเคืองกระเพาะอาหาร เกิดภาวะซีด (aplastic anemia) และน้ำคั่ง เป็นต้น ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการระคายเคืองกระเพาะอาหารจึงควรรับประทานยานี้พร้อมกับการรับประทานอาหาร และระมัดระวังยา NSAID บางตัวในการที่จะใช้กับผู้ที่เป็โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบ
- 3) ยาต้านการอักเสบที่มีสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาฉีดใช้ได้ผลดีในระยะที่มีการอักเสบมากจนผู้ป่วยจะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย หรือในกรณีที่มีข้ออักเสบนานเกิน 2-3 สัปดาห์ แต่ไม่ควรฉีดบ่อยเกิน 3-4 ครั้ง/ปี เพราะตัวยาทำให้ข้อที่เสื่อมมีการทำลายรวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้การฉีดยายังเสี่ยงต่อการนำเชื้อโรคเข้าไปในข้อ เกิดการอักเสบติดเชื้อหรือทำให้ข้อพิการ ส่วนยานี้ไม่ควรรับประทาน เพราะยานี้มีผลข้างเคียงรุนแรง

2.5.2 การใช้วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การรักษาโดยวิธีนี้จะเป็นการช่วยลดอาการปวดและเพิ่มสมรรถภาพของข้อเข่า ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ไม่พิการ การรักษาวิธีนี้ได้แก่

- 1) การใช้ความร้อนความเย็นเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า และช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว
- 2) การใช้ส้นเข่า ช่วยให้ข้อเข่ากระชับขึ้นและลดแรงกระทำต่อข้อเข่า
- 3) การใช้เครื่องช่วยพยุงเพื่อลดแรงกระทำต่อข้อเข่า เช่น ไม้เท้า ไม้ยันรักแร้ เพื่อช่วยลดแรงกระทำ
- 4) ต่อข้อเข่าได้ส่วนหนึ่ง

2.5.3 การผ่าตัด การผ่าตัดมีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขความพิการของข้อ ลดความเจ็บปวดและทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้มากขึ้น การผ่าตัดไม่ใช่วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรง แต่สามารถชะลอความเสื่อมให้ช้าลงได้ในบางราย การผ่าตัดมี 4 วิธีคือ

- 1) การผ่าตัดเพื่อเอาเศษกระดูกที่หลุดเข้าไปในข้อออก (removal of loose body)
- 2) การผ่าตัดตกแต่งภายในข้อ (joint debridement and excision)
- 3) การผ่าตัดคดงอกระดูกที่โก่งงอให้ตรง (osteotomy to correct alignment)
- 4) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (total knee replacement)

2.5.4 การปฏิบัติตัว การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมีความสำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยให้ผลการรักษาดีและได้ผลต่อเนื่องในระยะยาว การปฏิบัติตัวที่สำคัญมีดังนี้

1) การลดปัจจัยเสริมที่จะทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อม เช่น พยายามควบน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือพยายามลดน้ำหนักหากเป็นคนอ้วนหรือน้ำหนักเกิน นั่งเก้าอี้แทนการนั่งของๆ หรือการนั่งพับเพียบอยู่กับพื้น ซึ่งจะช่วยให้ข้อเข่าเสื่อมต้องแบกรับน้ำหนักมากขึ้น

2) การฝึกกายบริหาร การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้มีความแข็งแรงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้เป็นอย่างดี เพราะการปวดข้อจากภาวะข้อเสื่อมมักเกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่าไม่แข็งแรง เมื่อฝึกเกร็งกล้ามเนื้อที่เ็นรอบ ๆ ข้อให้แข็งแรงเพียงพอ อาการจะทุเลาลงเรื่อย ๆ จนทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ เช่น สามารถขึ้นลงบันไดได้ นั่งของ ๆ แล้วลุกขึ้นได้โดยไม่ปวด ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบไม่รุนแรงการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่ถูกรวธิจะสามารถรักษาอาการปวดไม่ให้อรุนแรงมากขึ้น ทำให้อาการปวดทุเลาและหายเป็นปกติได้ในที่สุด

3) การหลีกเลี่ยงการใช้ยาทา นวด ฤ คัด หรือฉีดยา โดยผู้ที่ไม่มีความรู้จริง เพราะการใช้วิธีการดังกล่าวมักจะทำให้ข้อเข่าที่เสื่อมอยู่แล้ว ได้รับบาดเจ็บจากแรงภายนอกมากขึ้น จึงเพิ่มอัตราการเสื่อมมากขึ้น นอกจากนี้การนวด คัดเส้นเอ็น และกล้ามเนื้อที่เป็นส่วนสำคัญในการพยุงความแข็งแรงของข้อเข่าที่รุนแรงเกินไปบางครั้งจะทำให้เส้นเอ็นฉีกขาด ทำให้ข้อขาดความมั่นคงยิ่งขึ้น

4) การเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติ ได้แก่ การเปลี่ยนรองเท้าเป็นรองเท้ายางสันเตี้ยและพอเหมาะกับเท้าเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายและท่าทาง

**2.6 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม** ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป พยาธิสภาพและอาการแสดงทางคลินิกจะแตกต่างกันในแต่ละคนขึ้นกับการดำเนินของโรค และพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจำนวนมากจึงไม่ทราบว่าตนเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม จนกว่าโรคมีความรุนแรงมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีอาการปวดข้อมากขึ้น (แวนดาว ทวีชัย, 2543)

## 2.7 การประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

2.7.1 การประเมินอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.7.2 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพโดยอาศัยภาพถ่ายทางรังสี (Adam, Eckstein, Milz & Putz, 1998)

2.7.3 การประเมินโดยการแบ่งตามระยะความรุนแรงของอาการแสดงที่เกิดขึ้นซึ่ง ยงยุทธ วัชรดุล และเล็ก ปริวิสุทธิ (2535 อ้างใน แวนดาว ทวีชัย, 2543) ได้แบ่งความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมออกเป็น 3 ระยะ โดย พิจารณาจาก อาการปวด ความสามารถในการลุก การยืน การเดิน และการช่วยเหลือตนเองโดย

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ความรุนแรงของโรคน้อย เริ่มจากมีอาการปวดเมื่อยเล็กน้อย ๆ หลังจากทำงานหนักหรือเดินไกลและอาการจะค่อย ๆ มากขึ้น มีอาการปวดเมื่อยเมื่อยืนหรือเดินนานๆ พอหยุดพักก็หาย ต่อมาจะรู้สึกข้อเข่าฝืดเวลาลุกจากท่านั่งเป็นทำยืน หรือนั่งของ ๆ แล้ว

ลูกขึ้น การก้าวเดินก้าวแรกจะปวดแต่พอเดินต่อไปสัก 10-15 ก้าวจะเริ่มหายปวดเดินเป็นปกติได้ แต่ถ้าเดินนานไปจะปวดอีกต้องนั่งหยุดพักจึงจะหายปวด อาการดังกล่าวอาจมีเป็นครั้งคราว หรือนาน ๆ ครั้ง เช่น เป็น 3-7 วัน แล้วอาการหายไปเองสัก 2-3 เดือน แล้วมีอาการแบบเดิมอีก หรืออาจเป็นติดต่อกันจากความรู้สึกปวดน้อย ๆ จนมากขึ้นเรื่อย ๆ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มีความรุนแรงของโรคปานกลาง ผู้สูงอายุจะปวดมากขึ้นและบ่อยขึ้นจนทำให้ขึ้นลงบันไดลำบาก นั่งยอง ๆ หรือนั่งพับเพียบไม่ได้หรือได้ไม่นาน และเมื่อนั่งแล้วอาจลุกไม่ขึ้นต้องให้คนช่วยพยุง เดินไกลไม่ได้และอาจจะต้องอาศัยไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน จากระยะเริ่มมีอาการจนถึงระยะนั่งยอง ๆ ไม่ได้ อาจกินเวลา 5 ถึง 15 ปี

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดเข้าตลอดเวลาทั้งขณะใช้ข้อและพักข้อ หรือทุกก้าวที่ต้องเคลื่อนไหว จึงต้องใช้ไม้เท้าช่วยยัน หรือมีคนช่วยพยุงเวลาเดินบางรายที่เป็นมากอาจมีการหดรัดของกล้ามเนื้อต้นขา และมีความผิดปกติของรูปร่างข้อเข่า ได้แก่ ขาโก่ง ขาฉิ่ง ทำให้เสียสมดุลในการทรงตัวและเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากระยะที่สองจนถึงระยะช่วยตนเองไม่ได้ อาจกินเวลา 5-10 ปี หรือบางรายอาจเกิดอาการรุนแรงเช่นนี้ได้ ภายในระยะเวลา 1-3 ปี จากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

### 3. การสนับสนุนของครอบครัว

#### 3.1 ความหมาย

การสนับสนุนของครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลว่า สถาบันที่บุคคลต้องเกี่ยวข้องกับอันดับแรกคือสถาบันครอบครัว และครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่มที่มีความผูกพันทางธรรมชาติ

The United States Bureau of the Census (1988) แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามว่าครอบครัว (family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว (Plverny & Finch, 1988 อ้างใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544)

สำหรับประเทศไทย คณะอนุกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้ให้นิยามว่า ครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา” (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่าเป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดย

ผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งระหว่างบุคคลภายในครอบครัวและระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก

กุมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน โดยความสัมพันธ์อาจเกิดจากทางกฎหมาย สายโลหิต หรือความสมัครใจและตกลงใจที่จะดำเนินชีวิตร่วมกัน สมาชิกในครอบครัวจะรับรู้ภาพพจน์ภายนอกครอบครัวได้โดยอาศัยพื้นฐานภายในครอบครัว และสมาชิกครอบครัวจะมีพัฒนาการโดยได้รับอิทธิพลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั้งสิ้น โดยสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ต้องปฏิบัติต่อกัน ตามโครงสร้างและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ

จารุวรรณ เสน่ห้วงศ์ (2548) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนของครอบครัว ว่าการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่องนับถือ และการช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร แรงงาน วัสดุสิ่งของ หรืออื่นๆ จากสมาชิกในครอบครัว

ดังนั้น อาจกล่าวโดยสรุปว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกัน โดยความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือความสมัครใจและตกลงใจร่วมกัน โดยมีความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่องนับถือ และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกในครอบครัว

Gottlieb (1985 อ้างใน จารุวรรณ เสน่ห้วงศ์, 2548) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งในระดับแคบ ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับกว้าง (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezz level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมด้วยการวัดเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุ ความ เป็นมิตร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการยกย่อง

3) ระดับลึกหรือระดับแคบ (micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้ความเชื่อมั่นว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว หรือคนรักซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ และการแสดงความรักความผูกพันอย่างมีลักษณะเฉพาะเจาะจง

**3.2 ภารกิจของครอบครัว** (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2444) ครอบครัวเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการคือ

3.2.1 เพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์มนุษย์ หญิงและชายมาอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว ด้วยวัตถุประสงค์สำคัญคือทำให้กำเนิดลูกหลานเพื่อสืบต่อวงศ์ตระกูล นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็น ที่ซึ่งชายหญิงสามารถใช้ชีวิตทางเพศที่เหมาะสม และพัฒนาไปสู่วุฒิภาวะทางเพศด้วย

3.2.2 เพื่อความอยู่รอดของบุคคล ครอบครัวมีหน้าที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ในการดำรงชีวิต อันได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า การดูแลรักษาพยาบาลไข้ และจัดหาสิ่งอื่น ๆ ที่จำเป็น รวมไปถึงการปกป้องบุคคลให้พ้นจากภัยอันตรายภายนอก

3.2.3 เพื่อการพัฒนาบุคคลในด้านต่างๆ ครอบครัวมีหน้าที่ให้การศึกษอบรมแก่ สมาชิก ถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณีและค่านิยมของสังคม รวมทั้งช่วยให้สมาชิกพัฒนาไปได้อย่างเหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น มีการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง การสร้างความผูกพันกับผู้อื่น รวมทั้ง ความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข

3.2.4 เพื่อวัตถุประสงค์ทางเศรษฐกิจ ครอบครัวเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจ (economic unit) ทำหน้าที่ในด้านการผลิตหรือให้ได้มาซึ่งรายได้เพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยน และจัดหาสิ่งจำเป็นต่างๆ

การปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวแตกต่างกันไปในแต่ละ ครอบครัวทั้งนี้ขึ้นอยู่กับฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา และปัจจัยอื่นๆ ในสังคม นอกจากนี้การปฏิบัติ หน้าที่ของครอบครัวยังเปลี่ยนไปตามยุคสมัย

### 3.3 ภารกิจที่ครอบครัวจะต้องปฏิบัติ มี 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ

3.3.1 ภารกิจพื้นฐาน (basic tasks) คือ งานพื้นฐานที่ครอบครัวจะต้องกระทำเพื่อให้ สมาชิกสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยให้สมาชิก การดูแลให้มีอาหารและ เครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย เป็นต้น

3.3.2 ภารกิจด้านพัฒนาการ (developmental tasks) ครอบครัวไม่เคยหยุดนิ่งแต่จะ พัฒนาไปตามขั้นตอนต่างๆ ของวงจรชีวิต การที่จะพัฒนาไปได้ดีนั้นครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจ หลายประการ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ของครอบครัวที่สมาชิกทุกคนจะตระหนักและยอมรับ ร่วมกัน การมีทิศทางในการพัฒนา (developmental themes) ที่เหมาะสมรวมถึงการสร้างขอบเขต (boundary) ที่ชัดเจน ทั้งภายในระบบครอบครัวและระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่น ๆ เป็นต้น

3.3.3 ภารกิจในยามวิกฤต (crisis tasks) วิกฤติการณ์หรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นใน ครอบครัวมีมากมาย เช่น การตกงาน การเจ็บป่วย การเสียชีวิต การหย่าร้าง ฯลฯ ภาวะดังกล่าวมี ผลกระทบต่อสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ผลกระทบอาจรุนแรงจนทำให้หน่วยครอบครัวแตก สลายได้ ครอบครัวจะต้องปรับตัวและจัดการแก้ไขวิกฤติการณ์เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนและ ครอบครัวโดยรวมดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล และพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม



**3.4 ระบบครอบครัว** (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2444) ครอบครัวเป็นระบบที่เรียกกันว่า ระบบครอบครัว (family system) ระบบนี้ประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ คือ ระบบย่อยแห่งบุคคล (individual subsystem) ระบบย่อยของสามี-ภรรยา (spousal subsystem) ของพ่อ-แม่ (parental subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) ส่วนระบบใหญ่ที่ครอบคลุมระบบครอบครัวอีกทีนั้น ได้แก่ ชุมชน สังคม และประเทศชาติตามลำดับ

### 3.5 คุณสมบัติของระบบครอบครัว (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2444)

3.5.1 ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคมและวัฒนธรรม (open socio-cultural system) ระบบครอบครัวที่ปกติจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและติดต่อกับระบบภายนอกอยู่เสมอ นอกจากนี้ระบบครอบครัวยังได้รับแรงกระทบจากระบบภายนอกตลอดเวลา

3.5.2 ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง (transformation) ตลอดเวลา และจะมีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง ผ่านจากวงจรชีวิตตอนหนึ่งไปยังอีกตอนหนึ่ง

3.5.3 ครอบครัวมีการจัดระบบภายในเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและมีความต่อเนื่อง (continuity)

3.5.4 ครอบครัวมีการสื่อสาร ทั้งระหว่างระบบย่อยในครอบครัวเองและกับระบบภายนอก

3.5.5 ครอบครัวมีกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ กฎจะควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และการปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ เพื่อความคงอยู่

3.5.6 ครอบครัวมีขอบเขต ทั้งระหว่างบุคคลในครอบครัวด้วยกันเองและระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่น ๆ ถ้าขอบเขตไม่ชัดเจนหรือสับสนก็จะส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพ และพัฒนาการของครอบครัวได้

**3.6 การสนับสนุนทางสังคม** สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนในระดับแคบ เพราะเป็นการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาโดยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผู้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ไว้หลายอย่าง อันได้แก่

3.6.1 House (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนไว้ 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลให้ความรักห่วงใย เอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ มั่นใจว่ามีผู้ที่สามารถพึ่งพาหรือไว้ใจได้ และเห็นคุณค่า ตลอดจนให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหา และปฏิบัติได้ ช่วยให้เกิดการปรับตัวเกิดขึ้น

3) การสนับสนุนด้านการประเมิน เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่

สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้ซึ่งกันและกัน และทราบว่าพฤติกรรมของตนนั้นอยู่เหนือหรือต่ำกว่ามาตรฐานในสังคมนั้นๆ ซึ่งการสนับสนุนในด้านนี้ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4) การสนับสนุนด้านวัตถุ เงิน แรงงานและสิ่งแวดลอม เป็นการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ ตลอดจน เงินทอง เวลา การช่วยแบ่งเบาภาระ และการปรับสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงที่จำเป็นที่เกิเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น

### 3.6.2 Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าคุณค่าที่มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

### 3.6.3 Weiss (1974) แบ่งชนิดของการสนับสนุนไว้ 5 ด้าน คือ

1) การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม โดยความรักใคร่ ความผูกพันทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น มั่นคง มีความรักและความเอาใจใส่ ช่วยทำให้บุคคลไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ซึ่งส่วนใหญ่มักจะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิท

2) การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูล ข่าวสารประสบการณ์และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3) การได้มีโอกาส ช่วยเหลือผู้อื่น เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้คุณค่า

4) การได้รับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง คือ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

5) การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อาจเป็นการช่วยเหลือในด้านคำแนะนำชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาช่วยเหลือทางการเงิน หรือแรงงาน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลท้อแท้หรือผิดหวัง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ House (1985) มาใช้ในการศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมถึงความรู้สึกของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมที่มีต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนทางด้านวัตถุ เงิน แรงงานและสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาของ ยูวดี กฤษวัฒนากรณ์ (2537) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง ว่าการสนับสนุนของครอบครัวที่มีบทบาทในการให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน แก่ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจและสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐาน โดยในการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ส่วนด้านข้อมูล ข่าวสาร คำนแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกัน โดยความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือความสมัครใจและตกลงใจร่วมกัน โดยมีความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่องนับถือ และการช่วยเหลือตอบสนองด้านต่างๆ ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งการตอบสนองมี 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1985) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การแสดงพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามิบุคคลเคารพนับถือยกย่อง และให้ความรัก ความชอบ ความเห็นอกเห็นใจ
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ
- 3) การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การให้ความข้อมูลเกี่ยวกับการให้คุณค่าตนเอง
- 4) การสนับสนุนด้านวัตถุ เงิน แรงงาน และสิ่งแวดล้อม หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในด้านวัตถุ เงิน ความสะดวก

#### 4. การรับรู้

นักจิตวิทยาเชื่อว่าบุคคลสามารถติดต่อกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้โดยกระบวนการอันหนึ่งซึ่งเรียกว่า “การรับรู้” (perception) นั่นคือ คนเรารับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ก็โดยใช้อวัยวะรับสัมผัส (sensory organ) ที่เขามีอยู่ อันได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น ผิวกาย เป็นต้น ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำคัญในการรับสัมผัส รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส ส่งไปเป็นประสบการณ์ทางสมอง เพื่อให้เกิดเป็นการรับรู้ต่อไป และการที่คนเราจะรับรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือวัตถุหนึ่งวัตถุใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมายหลายอย่าง หลายประการ กล่าวคือ นอกจากจะมีอวัยวะสัมผัส (sensory organ) ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่รับสัมผัสได้ดีแล้วยังต้องประกอบด้วย การแปลความหมายจากอาการสัมผัส ซึ่งต้องใช้ความรู้เดิมเป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมาย นอกจากนั้นยังต้องมีความตั้งใจและสนใจที่จะรับรู้ และบางครั้งก็ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติและลักษณะของสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการรับรู้ (จำเนียร ช่วงโชติ, 2533)

Gestalt theory (อ้างอิงใน สมบูรณ์ พรธนนภพ และ ชัยโรจน์ ชัยอินคำ, 2518) นักจิตวิทยาชาวเยอรมันกลุ่มหนึ่ง ประกอบด้วย Wertheimer , Koffka & Kohler มีความเห็นว่าการศึกษจิตวิทยาคือ การศึกษาให้เข้าใจเรื่องราวที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์โดยตรง จึงไม่ควรเสียเวลาในการศึกษาด้วยการวิเคราะห์จิต หรือด้วยการอธิบายเรื่ององค์ประกอบของจิต ซึ่งการวิเคราะห์จิตและการอธิบายเรื่ององค์ประกอบของจิตนั้น ไม่ได้ทำให้เราเกิดความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมโดยตรง ด้วยเหตุนี้เราจึงอาจจะกล่าวได้ว่าทัศนะของนักจิตวิทยาในกลุ่ม Gestalt กับกลุ่มพฤติกรรมนิยม (behaviorism) มีส่วนคล้ายคลึงกันตรงที่ต่างก็มุ่งจะศึกษาให้เข้าใจเรื่องพฤติกรรมของมนุษย์โดยตรงทั้งสองกลุ่ม ซึ่งเริ่มต้นเมื่อประมาณตอนต้นของ ศตวรรษที่ 20 นี้เอง ได้ช่วยให้การศึกษจิตวิทยาได้รับการยกย่องให้เป็นวิทยาศาสตร์ที่ว่าด้วยพฤติกรรมของมนุษย์ (human behavior science)

แต่แนวความคิดของนักจิตวิทยาในกลุ่ม Gestalt แตกต่างจากแนวความคิดของนักจิตวิทยาในกลุ่ม พฤติกรรมนิยม (behaviorism) ตรงที่พวก พฤติกรรมนิยม มุ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมด้วยการแบ่งแยกออกเป็น ส่วน ๆ เสียก่อนแล้วจึงนำมาพิจารณารวมกันทีหลัง ซึ่งแนวความคิดของพวก พฤติกรรมนิยม มีลักษณะเป็นแบบอะตอม (atomistic Concept) หรือแบบเครื่องจักร (mechanistic concept) เช่น ทฤษฎีการวางเงื่อนไข (conditioning theory) และทฤษฎีการสร้างความต่อเนื่อง (connectioning theory) เป็นต้น ส่วนพวกนักจิตวิทยาในกลุ่ม Gestalt นั้น มีความเห็นว่าการศึกษพฤติกรรมจะต้องพิจารณาเป็นส่วนรวมทั้งหมด

#### 4.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “การรับรู้” ไว้หลายความหมาย ดังนี้

จำเนียร ช่วงโชติ (2533) เสนอว่า การรับรู้เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคล สิ่งเร้าอาจได้แก่ เสียง ข่าวสาร ที่มากระทบ โสตประสาทของตน ผ่านกระบวนการทางสมองรับรู้แล้วจึงตอบสนองออกมาในลักษณะต่าง ๆ

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2535) เป็นการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจซึ่งอาจเป็นความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง เป็นแนวคิดหรือความประทับใจก็ได้ รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของต่าง ๆ

มาลี ยัมพัฒน์ (2539) การตีความข่าวสารที่ได้รับจากอวัยวะรับสัมผัสของสมองโดยอาศัยประสบการณ์เดิม การรับรู้มีผลต่อการแสดงปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งเร้า การรับรู้จึงเป็นพฤติกรรมภายในที่อยู่ระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรม

สุภัค แก้วเพชร (2545) กระบวนการที่สิ่งมีชีวิต แปลหรือตีความหมายของสิ่งเร้าจากการรับสัมผัสของอวัยวะสัมผัสต่าง ๆ และพยายามที่จะแสดงความรู้สึจากสิ่งทีตนได้รับรู้ ออกมาในรูปของการกระทำใดการกระทำหนึ่ง หรือในรูปของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมายหรือที่เรารู้จัก

เข้าใจกัน ซึ่งในการแปลหรือตีความนั้น อินทรีย์จะต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมมาเป็น เครื่องช่วยในการแปลหรือตีความหมายของสิ่งนั้น ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ คือ กระบวนการที่สิ่งเร้ามากระทบกับอวัยวะ รับสัมผัสต่าง ๆ ของร่างกาย และส่งไปยังสมองโดยอาศัยประสบการณ์เดิม ซึ่งตอบกลับออกมาใน รูปของการกระทำใดการกระทำหนึ่ง ในการสนับสนุนการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจซึ่ง อาจเป็นความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ คู่ สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

**4.1.1 กระบวนการรับรู้** การรับรู้จะเกิดขึ้นต้องประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญดังนี้ (สุภัก แก้วเพชร, 2545)

1) การสัมผัสหรืออวัยวะสัมผัส เมื่อเรารับรู้จากการสัมผัสโดยอวัยวะสัมผัสอย่าง ใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ทำหน้าที่รับสิ่งเร้ารอบตัวเราเรียกว่า เครื่องรับ (receptors)

2) ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้า ตามปกติคนเรามักเกิดการรับรู้โดยไม่ต้องสัมผัส สิ่งเร้าทั้งหมด ก็สามารถรับรู้ได้ว่าอะไรเป็นอะไร ทั้งนี้เนื่องมาจากประสบการณ์ที่คนเราได้รับมา จากการรับรู้จากสิ่งแวดล้อมสะสมเรื่อยมาจนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจทันที แม้ว่าสัมผัสเพียง บางส่วนเท่านั้น

3) การแปลความหมายจากการสัมผัส

4) ประสบการณ์เดิม โดยทั่วไปเวลาคนเราเกิดความรู้สึกจากการสัมผัส เรามักจะ รับรู้ควบคู่กันไปด้วย ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะเราได้สะสมความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิมมาตั้งแต่เด็ก ๆ เมื่อเรสัมผัสสิ่งเร้าที่เคยพบมาก่อน เราจึงทราบความหมายของมันควบคู่กันไปด้วย แต่ถ้าเราพบ สิ่งเร้าใหม่ซึ่งไม่เคยมีความรู้มาก่อน เราจะมีแต่ความรู้สึก

**4.1.2 การวัดการรับรู้** (ประเทือง สูงสุวรรณ, 2534) เนื่องจากการรับรู้ คือ การแสดงออก ถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อัน เนื่องมาจากการตีความหรือแปลความ อาการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือ สิ่งแวดล้อม โดยอาศัย ประสบการณ์เดิม เป็นเครื่องช่วย ดังนั้น การวัดการรับรู้ จึงต้องวัดจากสิ่งที่ บุคคลแสดงออกมา อันได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ฯลฯ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่ง เร้า โดยอาจใช้แบบทดสอบ หรือแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการวัด

## 5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในการสนับสนุนของครอบครัว

แนวคิดของกลุ่ม Gestalt (1912 อังโน มาลี ชัมพ์พณ์, 2544)ว่า การเลือกรับรู้นั้น บุคคลจะ เลือกรับรู้สิ่งเร้าบางอย่างและมองข้ามสิ่งเร้าบางอย่างในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เกิดจากปัจจัย 2 ด้านคือ ปัจจัยสิ่งเร้า เช่น ใหญ่ เข้ม การเคลื่อนไหว และปัจจัยภายในตัวผู้รับรู้ เช่น ความคาดหวัง ทักษะคิด แรงจูงใจ ความสนใจ ค่านิยม

**5.1 ความคาดหวัง** บุคคลมีความต้องการหลายอย่าง ทุกชีวิตพยายามดิ้นรนแสวงหาอย่างน้อยที่สุด คือ ต้องการอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เมื่อปัจจัยเหล่านี้ได้รับการตอบสนองแล้ว ก็มีความต้องการระดับสูงขึ้น ไปเรื่อยๆ จากความต้องการหลายสิ่งหลายอย่างนี้เอง ทำให้เกิดความพยายามกระทำดำเนินการด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ด้วยมือหรือเครื่องมือ อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้บรรลุความพอใจ หรือเพื่อให้ได้รับผลของการดำเนินการนั้นตามที่ได้แสดงความพยายามนั่นเอง เรียกว่า ความคาดหวัง และพอใจสิ่งต่างๆ ความคาดหวังอาจจะเป็นไปในทางบวกหรือลบก็ได้

### 5.1.1 ความหมาย

ความคาดหวัง (ปราโมทย์ จุงสกุล, 2544) หมายถึง ความคิดเห็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งของบุคคลหนึ่งต่อการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล

กัลยา แซ่ซิด (2547) กล่าวว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ หรือการคาดการณ์ของแต่ละบุคคลในสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต

นนิกันต์ อ่างใน กัลยา แซ่ซิด (2547) ว่าความคาดหวัง หมายถึง ความต้องการหรือความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของผู้รับบริการในการคาดคะเนหรือคาดการณ์ล่วงหน้า ถึงบริการว่าควรจะเป็นหรือควรเกิดขึ้นตามความเหมาะสมต่อสถานการณ์หรือสถานการณ์อื่น ๆ

### 5.1.2 ความหวัง

Herth (1990 อ้างใน ศิริรัตน์ วิชิตระกูลถาวร, 2545) กล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวของแต่ละบุคคลเป็นพลังที่จะทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ปัจจุบันไปได้ และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

Stephenson (1991 อ้างใน สุชา จันทรเอม, 2541) ให้ความหมายของความหวังไว้ว่าเป็นกระบวนการของการคาดหมายของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและสัมพันธภาพ โดยมีเป้าหมายในทางบวกและมีความหมายต่อบุคคล

**5.1.3 ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory)** แนวความคิดของกลุ่มทฤษฎีนี้เป็น การระบุพฤติกรรมในรูปเป้าหมายของบุคคล โดยอธิบายถึงการเลือกและความคาดหวังในผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้แต่ละคนต้องรู้ว่าตนเองต้องการได้รับสิ่งใดจากการกระทำนั้น จุดเริ่มต้นทฤษฎีนี้มาจากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเลือกและผลประโยชน์ตามหลักการทฤษฎีด้านเศรษฐศาสตร์ บุคคลที่สำคัญที่พัฒนาหลักการตามแนวคิดนี้คือ Vroom (1982) โดยมีเป้าหมายเบื้องต้นอยู่ที่การอธิบายถึงการจูงใจในการทำงานในองค์กรต่าง ๆ ซึ่งต่อมาทฤษฎีตามแนวคิดของ Vroom ได้รับความนิยมในการนำมาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจูงใจอย่างกว้างขวาง โดยใช้ชื่อว่า Vroom's Expectancy Theory

ทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

- 1) การรับรู้คุณค่าแห่งการกระทำนั้น (valence)
- 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์ (instrumentality)
- 3) ความคาดหวังที่ตั้งไว้ (expectancy)

ดังนั้นทฤษฎีกลุ่มนี้จึงมีชื่ออีกอย่างหนึ่งว่า ทฤษฎี VIE คือ

1) การรับรู้คุณค่าแห่งการกระทำ (valence:V) หมายถึงความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าหรือผลตอบแทนที่ได้จากการกระทำนั้น เช่น ผู้ที่ต้องการความยอมรับและยกย่องจากสังคมสูงเขาอาจเห็นว่าการมีสัมพันธภาพกับผู้มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไปเป็นสิ่งคุ้มค่ากับการลงทุนต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งสัมพันธภาพนั้น แต่ผู้ที่ยึดหลักว่าค่าของคนอยู่ที่ผลของงานอาจเห็นว่าการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานหรือกับผู้ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องด้วยมีคุณค่าสูง คุณค่าของสัมพันธภาพจึงอยู่ที่ความต้องการของผู้กระทำ

2) ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์ (instrumentality:I) หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจต่อความเป็นไปได้ที่ผลสำเร็จจากการกระทำขั้นแรก จะส่งผลให้ได้รับความสำเร็จในขั้นต่อไป (อันเป็นขั้นที่เป็นรางวัลหรือเป็นเป้าหมายที่แท้จริง)

3) ความคาดหวัง (expectancy : E) หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสของความเป็นไปได้ที่ความพยายามในการกระทำสิ่งต่างๆที่จะส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย

จากหลักการข้างต้น Vroom เสนอว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์ และการรับรู้คุณค่าแห่งการกระทำ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทั้งนี้ Vroom ได้เสนอหลักการนี้ในรูปแบบของสมการคือ

$$M = V \times I \times E$$

โดยที่ M แทน แรงจูงใจ  
 V แทน การรับรู้คุณค่า  
 I แทน ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์  
 E แทน ความคาดหวัง

จากหลักการของทฤษฎีความคาดหวัง การกระทำเพื่อสร้างสัมพันธภาพจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับแรงจูงใจ ที่ได้จากการหาค่าตามสมการข้างต้น

**5.1.4 ประเภทของความหวัง** ตามแนวคิดของ Dufault & Martocchio (1985) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทตามขอบเขตของความหวัง

1) ความหวังเฉพาะเจาะจง (particularized hope) เป็นความหวังที่บุคคลสามารถระบุสิ่งที่มุ่งหวังหรือเป้าหมายได้อย่างชัดเจน อาจเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้ สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังและบอกได้ว่าความหวังเรื่องใดสำคัญที่สุดในชีวิต และมีความพยายามในการกระทำการใด ๆ ก็ตาม เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่มุ่งหวังแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรค ต่าง ๆ

2) ความหวังทั่วไป (generalized hope) เป็นความหวังที่ไม่ได้เจาะจงถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ มีความเป็นนามธรรมน้อยกว่าความหวังเฉพาะเจาะจง เป็นความหวังที่ยังไม่พัฒนาจนถึงที่สุด แต่ก็ เป็นความรู้สึกถึงอนาคตในทางบวก มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งในบางครั้งพบว่าความหวังทั่วไปจะมีความชัดเจนมากกว่าความหวังเฉพาะเจาะจง และอาจเป็นความหวังสุดท้ายที่บุคคลจะพยายามจะยึดถือไว้ตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่

### 5.1.5 มิติของความหวัง

องค์ประกอบภายในของความหวังทั้ง 2 ประเภทประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้

1) มิติด้านจิตใจ (affective dimension) เป็นมิติของอารมณ์และความรู้สึก ผู้ที่มีความหวังจะมีความรู้สึกในทางที่ดีและเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง มีความมั่นใจ ใ้วางใจ และมีความสุข แต่บางครั้งก็อาจมีความไม่แน่ใจในความหวังของตนอยู่บ้างซึ่งอาจทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล หวั่นไหว สงสัย เครียดและเศร้าใจได้ แต่ถ้าบุคคลได้รับการช่วยเหลือและประทับประคองให้มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง บุคคลนั้นก็ จะเกิดความรู้สึกสดชื่นแจ่มใส มีชีวิตชีวา อบอุ่นและมีความสุข รู้สึกว่าตนเข้มแข็งขึ้น มีความใ้วางใจในสิ่งรอบตัวมากขึ้น ซึ่งระดับของความรู้สึกนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2) มิติด้านสติปัญญา (cognitive dimension) เป็นมิติของความต้องการจินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ การแปลความหมายและการตัดสินใจ โดยเชื่อว่าความหวังจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตัว เวลา เรื่องที่หวัง ขอบเขต ลักษณะของสิ่งที่หวัง และการประเมินความเป็นไปได้ในเป้าหมายที่ต้องการ โดยเป็นการประเมินตนเองของบุคคลในความหวังนั้น ๆ ว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด และประเมินถึงแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกของบุคคลว่าจะสามารถส่งเสริมให้ตนบรรลุเป้าหมายตามความหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งลักษณะของความหวังในมิตินี้เป็นความหวังของบุคคลที่เกิดจากการไตร่ตรองแล้ว หวังในสิ่งที่เป็นไปได้ และจะละทิ้งความหวังที่พิจารณาแล้วว่าเป็นไปไม่ได้ โดยจะสร้างความหวังขึ้นมาใหม่ในสิ่งที่คาดว่าจะมีความเป็นไปได้

3) มิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) คือการกระทำ (action) เพื่อให้บรรลุผลในสิ่งที่หวัง ด้านจิตใจคือ การจัดระบบความคิด การวางแผน และการตัดสินใจ ด้านร่างกายคือ กิจกรรมของร่างกายและการทำหน้าที่ ด้านสังคมคือ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และด้านศาสนาและความเชื่อคือ การสวดมนต์ การดื่กบาตร การทำตามประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของบุคคลในสิ่งที่เกี่ยวข้อง

4) มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension) เป็นมิติที่เน้นความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น ที่ก่อให้เกิดความหวัง ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลใน



สังคมและความผูกพันใกล้ชิดกับบุคคลหรือสิ่งอื่นนอกเหนือจากตนเอง เช่น บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว พระเจ้าหรือศาสนา เป็นต้น

5) มิติด้านเวลา (temporal dimension) เป็นมิติที่กล่าวว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับเวลา เนื่องจากความหวังเป็นเรื่องที่บุคคลคาดหวังในอนาคต และกระบวนการของความหวังนั้น บุคคลจะต้องประมวลเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบันเข้ามาประกอบการคิดเกี่ยวกับอนาคตด้วย โดยที่ระดับของความหวังอาจจะสัมพันธ์กับเวลาหรือไม่ก็ได้

6) มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (contextual dimension) เป็นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความหวัง ซึ่งส่วนใหญ่ ได้แก่ สภาพที่บุคคลต้องพบกับความสูญเสีย รองลง ได้แก่ การแลกเปลี่ยนโอกาส ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกกับบุคคลอื่น การตั้งเป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย การพิจารณาถึงคุณค่าของบุคคล และความหมายในชีวิต

ต่อมา Herth (1992) ได้ทำการศึกษามิติของความหวังของ Dufault & Martocchio (1985) พบว่ามีความเหลื่อมซ้อนกันของมิติต่าง ๆ จึงได้แบ่งมิติของความหวังใหม่โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติดังนี้

1) ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต (inner sense of temporality and future) เป็นการรวมมิติด้านปัญญาและมิติด้านเวลาเข้าด้วยกัน โดยในมิตินี้จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความปรารถนา จินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ การประมวลความ การแปลความหมาย และการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการรวมประสบการณ์และความหวังในอดีตและปัจจุบันไปสู่อนาคต โดยบุคคลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อเป้าหมาย และจะรับรู้เป้าหมายที่ตนเองต้องการนั้น อาจเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ แต่ยังมีความรู้สึกในทางบวกว่าอาจจะสามารถได้มาหรือประสบผลสำเร็จในปัจจุบันหรืออนาคต

2) ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก (inner positive readiness and expectancy) เป็นการรวมมิติด้านอารมณ์และมิติด้านพฤติกรรมเข้าด้วยกัน เป็นเรื่องของความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะได้ในสิ่งที่หวัง มองเห็นแนวของความสำเร็จ สมหวัง มีความรู้สึกมั่นใจ ไว้วางใจ และเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม หรือการกระทำในด้านต่าง ๆ ด้วยความเชื่อมั่นว่าการกระทำของตนนั้นสามารถที่จะทำให้เป้าหมายของตนบรรลุผลสำเร็จได้

3) ความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น (interconnectedness with self and others) เป็นการรวมมิติด้านความผูกพันและมิติด้านสถานการณ์แวดล้อมเข้าด้วยกัน ในมิตินี้เป็นความเชื่อมโยงตนเองกับบุคคล เหตุการณ์ และสิ่งอื่น รวมถึงความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และความเชื่อในเรื่องจิตวิญญาณ โดยความเชื่อมโยงกับตนเองนั้นเป็นการยึดหยัดแน่นในสิ่งที่ตนคาดหวัง ทำให้เกิดความเข้มแข็ง กล้าหาญ พร้อมทั้งจะเผชิญ และผ่านเหตุการณ์ที่ยุ่ยากไปได้ ส่วนความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งอื่นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความใกล้ชิด ผูกพัน เอาใจ

ใส่ และให้กำลังใจแก่บุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่ามีผู้ร่วมแบ่งปันความรู้สึก มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดความหวังขึ้นภายในจิตใจ นอกจากนี้ยังรวมถึงเหตุการณ์แวดล้อมที่มีผลต่อความหวังของบุคคล และความศรัทธาในเรื่องที่อยู่นอกเหนือคำอธิบาย ทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่าจะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่คาดหวังไว้ได้

### 5.1.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง

แม้ว่าความหวังจะเป็นการคาดการณ์ถึงความเป็นไปได้ในการบรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต แต่ก็พบว่าความหวังจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามสิ่งที่มุ่งหวัง ประเภท และมิติของความหวัง ซึ่งสิ่งสำคัญเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในลักษณะที่ส่งเสริม สนับสนุน หรือคุกคามต่อความหวัง โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1) ความสามารถทางปัญญา เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่คุกคาม และการรับรู้ ความสามารถหรือศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น เมื่อเกิดสถานการณ์เลวร้ายหรือคุกคามต่อบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข หรือบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีแนวทางที่จะสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความหวังของ Nowotny (1989) ที่กล่าวว่าความหวังเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุม และมีทางเลือกในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน

2) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม ซึ่งการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ นี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวังตามมา

3) ภาวะสุขภาพกาย สุขภาพกายเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการนำไปสู่เป้าหมายอื่น ๆ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมายนั้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาความหวังของ Herth (1993) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุ ที่พบว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระดับความหวังของผู้สูงอายุ

4) ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตของตนหรือของบุคคลอื่น โดยเฉพาะประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้น และเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวัง

Herth (1992) ได้สร้างดัชนีบ่งชี้ความหวัง (herth hope index ) โดยได้ดัดแปลงมาจากมาตรวัดความหวัง เพื่อให้สามารถประเมินความหวังของบุคคลได้โดยใช้เวลาที่สั้นลงแต่สามารถวัดได้ครอบคลุมโครงสร้างแต่ละมิติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยในแต่ละมิติของความหวังประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประ

สิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97 และค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำเท่ากับ .91 จีราวรรณ ลีลาพัฒนา พาณิชย์ (2541) ได้นำดัชนีนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน แล้วนำผลที่ได้ไปหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม โดย หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม และแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเชื่อ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม โดยพยายามจะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และประเมิน โดยใช้แบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแล โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Herth (1992) แบ่งเป็นความคาดหวังในคุณภาพการดูแลเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต เป็นการรวมมิติด้านปัญหาและมิติด้านเวลาเข้าด้วยกัน
- 2) ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก เป็นการรวมมิติด้านอารมณ์และมิติด้านพฤติกรรมเข้าด้วยกัน
- 3) ความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น เป็นการรวมมิติด้านความผูกพันและมิติด้านสถานการณ์แวดล้อมเข้าด้วยกัน

## 5.2 ทักษะคิด

### 5.2.1 ความหมาย (Attitudes)

ทัศนคติ หรือความโน้มเอียงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งแวดลอมหรือสิ่งเร้า ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งคน วัตถุสิ่งของ หรือความคิด ทัศนคติอาจจะเป็นบวกหรือลบ ถ้าบุคคลมีทัศนคติบวกต่อสิ่งใด ก็จะมีพฤติกรรมที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น ถ้ามีทัศนคติลบก็จะหลีกเลี่ยง ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้และเป็นการแสดงออกของค่านิยมและความเชื่อของบุคคล

ซูชีพ อ่อน โคนสูง (2522) หมายถึง ความพร้อมที่จะตอบสนองหรือแสดงความรู้สึกต่อวัตถุสิ่งของ คน อื่นๆ ตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งความรู้สึกหรือการตอบสนองดังกล่าวอาจเป็นไปในทางชอบ (เข้าไปหา) หรือไม่ชอบ (หลีกเลี่ยงหรือถอยหนี)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบที่พร้อมจะมีปฏิกริยาเฉพาะต่อสถานการณ์ภายนอก

วิลาวรรณ ศรีงาม (2537) กล่าวว่า เป็นสิ่งที่เรามีอยู่ในใจ เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ ทำให้เกิดความเชื่อ ความชอบ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ทัศนคติทางบวก เมื่อรู้สึกชอบและแสดงการยอมรับ โดยพร้อมที่

จะเข้าไปหา หรือแสดงการปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงเมื่อไม่ชอบ ซึ่งเป็นทัศนคติในทางลบ และทัศนคตินี้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าได้รับความรู้หรือประสบการณ์ใหม่

สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นการรับรู้หรือความเชื่อ ความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงออกตอบโต้ต่อสิ่งนั้นใน 2 ลักษณะ ได้แก่ ทัศนคติทางบวก คือ ชอบ สนับสนุน และทัศนคติทางลบ คือ ไม่ชอบต่อต้าน หลีกหนี

สรุปได้ว่า ทัศนคติ คือ การรับรู้ของบุคคล ที่เกิดขึ้นจากสิ่งเร้าที่มากระทำ มีการตอบสนองโดยผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล แสดงออกมาเป็นความคิดหรือพฤติกรรม ซึ่งแสดงออกมา 2 ลักษณะ คือ ทัศนคติทางบวก เช่น ชอบ สนับสนุน และทัศนคติทางลบ คือ ไม่ชอบ ไม่สนับสนุน

ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล Allport (อ้างใน ซูชีพ อ่อน โลกสูง, 2522) เสนอความคิดเห็นว่า ทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนเกิดขึ้นได้ตามเงื่อนไข 4 ประการดังนี้

1) การเพิ่มพูนและประสมประสาน (integration) ของการตอบสนองซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ในแนวคิดต่างๆ

2) ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป นอกจากประสบการณ์ของคนจะสะสมขึ้นเรื่อยๆ แล้ว ยังทำให้มีแบบแผน (pattern) เป็นของตัวเอง ดังนั้นทัศนคติบางอย่างจึงเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคลแล้วแต่พัฒนาการและความเจริญเติบโตของคนๆ นั้น

3) อิทธิพลของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือความตกใจหรือช็อก (emotional shock) จะเป็นผลให้จดจำประสบการณ์นั้นได้นาน ๆ เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้คนมีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ

4) การถ่ายทอดทัศนคติ ทัศนคติของบางคนก็ได้มาโดยการเลียนแบบทัศนคติของคนอื่นที่ตนพอใจ เช่น ได้รับถ่ายทอดจากพ่อแม่พี่น้อง ตลอดจนสถาบันต่างๆ ของสังคม

## 5.2.2 การเกิดทัศนคติ

1) บุคลิกภาพของแต่ละคน คนที่ชอบเก็บตัว เจ้าระเบียบ เชื่อความคิดเห็นของตนเป็นส่วนใหญ่และมีอำนาจเหนือคนอื่น มักจะรับทัศนคติของคนอื่นหรือของกลุ่มมาเพียงเล็กน้อย จึงมีทัศนคติเป็นของตนเอง ไม่อยากให้คนอื่นมีทัศนคติแตกต่างไปจากตัว ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อคนหมู่อื่น บุคคลประเภทนี้เรียกว่า ethnocentric person ซึ่งมีลักษณะบุคลิกภาพชอบวางอำนาจ ไม่มีการยืดหยุ่น มักยึดมั่นในกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เป็นคนที่เก็บความรู้สึกบางอย่างไว้ เพราะเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของสังคม

2) สื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ ฯลฯ ล้วนเป็นสิ่งที่  
ที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคลทั้งสิ้น

3) ความต้องการให้ได้สิ่งที่ตนปรารถนา บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ทำให้เขา  
สมปรารถนา ถ้าสิ่งใดทำให้เขาไม่ได้สิ่งที่ต้องการก็จะทำให้มีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้น

### ทัศนคติแบ่งออกเป็น 5 ชนิดคือ

1) ความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ (affective associations) ประสบการณ์ที่วัตถุหรือ  
บุคคลใดที่ทำให้เกิดความพอใจและความสุขใจจะทำให้คนมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ตลอดจนสิ่งอื่น ๆ  
ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับสิ่งเหล่านั้นด้วย ถ้าประสบการณ์ วัตถุ หรือบุคคลใดที่ทำให้เกิดความ  
ปวดร้าวหรือไม่พอใจ ก็จะทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น ๆ

2) ทัศนคติทางปัญญา (intellectual attitude) เป็นทัศนคติที่ประกอบขึ้นด้วยความรู้  
ความเข้าใจเป็นแกน เราอาจมีทัศนคติต่อบางสิ่งบางอย่างโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจเป็นแกนมิใช่  
เกิดทัศนคติขึ้นเพราะความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ คือ อารมณ์ หรือความรู้สึกเป็นเกณฑ์ เช่น  
ทัศนคติที่ดีต่อศาสนาบางศาสนาของคน ๆ หนึ่ง เกิดขึ้นเพราะคน ๆ นั้น ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับ  
ศาสนานั้นอย่างจริงจัง เกิดความรู้ความเข้าใจขึ้น

3) ทัศนคติทางการกระทำ (action - oriented attitudes) เป็นทัศนคติในชีวิตของเรา  
ที่พร้อมจะกระทำต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย เช่น มีทัศนคติที่ดีต่อการ  
นอนน้อมจึงแสดงความเคารพนอบน้อมผู้อื่นเพื่อให้เขาเอ็นดู ทัศนคติที่ดีต่อการทำงานเบา ๆ (รับ  
ราชการ) เพราะจะได้เป็นที่นับน่าน่าถือตา เป็นต้น

4) ทัศนคติที่สมดุล (balanced attitudes) ประกอบด้วยความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ  
ทัศนคติทางปัญญา และทัศนคติทางการกระทำ เป็นทัศนคติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน  
เบื้องต้นอันเป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้คนทำพฤติกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายของตน ซึ่งจะเป็นการ  
เสริมแรงในการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของตนต่อไป

5) ทัศนคติในการป้องกัน (ego - defensive attitudes) เป็นทัศนคติเกี่ยวกับการ  
ป้องกันตัวเองให้พ้นจากความขัดแย้ง (conflict) ภายในใจ ประกอบด้วยความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ  
ทัศนคติทางปัญญา และทัศนคติทางการกระทำ

### 5.2.3 องค์ประกอบของทัศนคติ

1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (cognitive component) เป็นองค์ประกอบด้าน  
ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เราจะมีทัศนคติต่อว่าดีมีประโยชน์ หรือ เลว มีโทษ  
เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แล้วจึงเข้ามามีอิทธิพลต่อการตีความสิ่งต่าง ๆ ของ  
บุคคล ความรู้หรือความเชื่อนี้อาจถูกหรือผิด และจะเป็นตัวตัดสินใจหรือโน้มนำให้เกิดอารมณ์ และ  
การแสดงออก

2) องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (affective component) เป็นส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก ท่าทีที่กระทำที่แสดงออกว่าชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี ต่อสิ่งเร้านั้น เช่น เมื่อนึกถึงรถยนต์ (ซึ่งอาจจะออกมาในรูปแบบที่ลักษณะที่แตกต่างกัน) แสดงว่า บุคคลนั้นมีความรู้สึกในด้านบวก และมีความรู้สึกในด้านลบ ตามลำดับต่อรถยนต์นั้น

3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกริยาอย่างไรอย่างหนึ่ง เช่น ขับรถยนต์ ชื้อ หรือให้คำชมเชยรถยนต์ เป็นต้น

**5.2.4 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ** (แผนกจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อ้างใน ชูชีพ โคนอ่อนสูง, 2522)

- 1) โดยการจัดประสบการณ์ให้ใหม่
- 2) โดยการให้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง
- 3) โดยการเร้าให้เกิดอารมณ์กลัว

#### 5.2.5 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนทัศนคติ

1) ผู้ชักจูง มีคุณสมบัติ คือ 1) ความน่าเชื่อถือ ชำนาญในงานที่รับผิดชอบและมีลักษณะน่าไว้วางใจน่าเชื่อถือ 2) ความน่าดึงดูดใจ มีคล้ายคลึงกับผู้ถูกชักจูง อาจเป็นลักษณะนิสัยหรือตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน และมีความชอบพอกันซึ่งกันและกัน 3) มีอำนาจโดยแสดงความรู้สึกออกมาเมื่อผู้ถูกชักจูงไม่ปฏิบัติตาม โดยตำแหน่งที่สามารถใช้อำนาจได้ มีอำนาจในการให้รางวัล หากมีการปฏิบัติตาม และสามารถลงโทษได้หากผู้ถูกชักจูง ไม่ปฏิบัติตาม

2) ผู้ถูกชักจูง มีคุณสมบัติ คือ 1) บุคลิกภาพของผู้ถูกชักจูง มีผลต่อการชักจูงให้เชื่อตาม เช่น บุคลิกภาพวิตกกังวล บุคลิกภาพเชื่ออำนาจในตนเอง หรือเชื่ออำนาจนอกตนเอง 2) สถานการณ์ในขณะที่ชักจูง มีผลให้การถูกชักจูงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูง เช่น สถานการณ์ตั้งเครียด สถานการณ์ที่เร้าให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ชักจูงต้องพิจารณาลักษณะของผู้ถูกชักจูงและวางแผนการชักจูงให้รัดกุมเพื่อประสิทธิภาพในการชักจูง

#### 5.2.6 การวัดทัศนคติ

วิธีที่จะทราบว่าทัศนคติของใครคนใดคนหนึ่งต่อวัตถุ คน หรือสถานการณ์ต่างๆ เป็นอย่างไร อาจทำได้โดย

1) ใช้แบบสอบถาม เช่น Thurstone (อ้างใน ชูชีพ อ่อน โคนสูง, 2522) สร้างแบบสอบถามวัดทัศนคติของบุคคล

2) วิธีการสังเกตและสัมภาษณ์ เมื่อต้องการทราบทัศนคติของบุคคลต่อวัตถุ บุคคล หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจทำได้โดยวิธีสังเกตและสัมภาษณ์บุคคลนั้น โดยตรง โดยกำหนดหัวข้อที่จะถามไว้ก่อน

#### 5.2.7 เครื่องมือวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบของทัศนคติ และจะต้องวัดเป็นภาพรวม โดยพิจารณาจากกริยาท่าที การตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายด้านหลายประการรวมกันนอกจากนั้น การวัดทัศนคติ ยังต้องบ่งบอกถึงปริมาณ ความมากน้อยของทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้า และทิศทางที่บอก ว่า มีเจตคติไปในทางบวกหรือทางลบด้วย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2537)

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2537) ได้สรุปหลักเกณฑ์ที่ควรคำนึงในการสร้าง ข้อความวัดเจตคติไว้ดังนี้

- 1) ต้องเป็นข้อความที่ได้แย้งได้
- 2) ต้องเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของเจตคติในหัวข้อเรื่องเดียวกัน
- 3) ต้องมีความหมายที่สมบูรณ์ และชี้ให้เห็นเจตคติอย่างเด่นชัดเพียงประเด็นเดียว
- 4) เป็นข้อความที่ง่าย ชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ควรเขียนเป็นเอกกัตประโยค
- 5) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์เทคนิคทางวิชาการ
- 6) ข้อความควรจะสั้น ไม่ควรใช้คำมากกว่า 20 คำ ในแต่ละประโยค
- 7) แต่ละข้อความต้องมีความคิด หรือใจความเดียว
- 8) ต้องระมัดระวังในการใช้คุณศัพท์ หรือกริยาวิเศษณ์ เช่น ทั้งหมด เสมอ ๆ ไม่เลย เป็นครั้งคราว

9) ไม่ควรใช้ประโยคปฏิเสธ โดยเฉพาะประโยคปฏิเสธเชิงซ้อน ห้ามเด็ดขาด เครื่องมือวัดทัศนคติมีหลายชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่ผู้ให้ ข้อมูลตอบเองหรืออาจจะใช้วิธีสัมภาษณ์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) เครื่องมือมีดังนี้

- 1) equal appearing interval (thurstone's method)
- 2) summated rating (likert's method)
- 3) semantic differential (Osgood's method)
- 4) scalogram analysis (guttman's scale)
- 5) guilford's method
- 6) social distance scale
- 7) sociometry
- 8) projective techniques

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทัศนคติในการดูแล หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความเข้าใจ และมีท่าทีที่แสดงออกถึงการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ข้อเข้าเสื่อม ทั้งในทางที่ดีคือ การสนับสนุน และในทางที่ไม่ดีคือ การไม่สนับสนุน ในการดูแล ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือด้าน ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน

ทัศนคติในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามวัดทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุของ สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) ที่ได้ปรับปรุงแบบวัดทัศนคติต่อการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของ ปรียธิดา เชิดชูเกียรติสกุล (2537) ครอบคลุมองค์ประกอบของทัศนคติที่มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา 2) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก 3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ

### 5.3 แรงจูงใจ

#### 5.3.1 ความหมาย

แรงจูงใจ หมายถึง องค์ประกอบที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย แต่เนื่องจากเราไม่สามารถจะสังเกตแรงจูงใจได้โดยตรง จึงต้องอาศัยพฤติกรรมที่สังเกตได้เป็นสิ่งที่อ้างอิงแต่บางครั้งอาจจะบอกสาเหตุของพฤติกรรมผิด

#### 5.3.2 ทฤษฎีแรงจูงใจ

ทฤษฎีแรงจูงใจที่นักจิตวิทยาใช้อธิบายพฤติกรรมในปัจจุบันมี 3 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีมานุษยนิยม และทฤษฎีปัญญานิยม ทั้งสามทฤษฎีมีบทบาทสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แต่เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์ค่อนข้างซับซ้อน จึงไม่มีทฤษฎีหนึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมได้ทุกอย่าง จึงจำเป็นจะต้องเรียนรู้ทั้ง 3 ทฤษฎี

#### 5.3.3 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

นักจิตวิทยาพฤติกรรมนิยม (Dollard & Miller, 1950; Hull, 1952 อ้างในกันยา สุวรรณแสง, 2540) การจูงใจเป็นกระบวนการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมโดยมีความต้องการ (need) มีแรงขับ (drive) และการกระทำสัมพันธ์ต่อเนื่องเพื่อสู่เป้าหมาย (motivated behavior) การจูงใจเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเมื่อเกิดความต้องการจึงมีแรงขับ แล้วก่อให้เกิดการกระทำไปสู่เป้าหมาย ดังนั้นพฤติกรรมการจูงใจถูกกำหนดทิศทางให้แสดงออกตามความประสงค์หรือความมุ่งหมายไม่ว่าบุคคลจะเต็มใจหรือจำใจต้องกระทำกระบวนการดังกล่าวนี้เน้นการตอบสนองความต้องการเพื่อปรับสภาพแรงขับให้เข้าสู่สมดุลเรียกว่า Homeostasis ที่กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์เราแสวงหาสถานภาพสมดุลอยู่เสมอ หรือมีความโน้มเอียงที่รักษาความคงตัวภายใน

Dollard & Miller (1950) ได้แบ่งแรงขับหรือแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) แรงจูงใจทางสรีระ (physiological motives) แรงจูงใจประเภทนี้ ประกอบด้วย ความหิว ความกระหาย และความต้องการทางเพศ

2) แรงจูงใจทางจิตวิทยา (psychological motives) ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ ตัวอย่างเช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แรงจูงใจที่อยากจะเป็นส่วนหนึ่งของหมู่ เป็นต้น

Murray (1938) ได้สร้างทฤษฎีความต้องการ โดยถือว่า ความต้องการเป็นพื้นฐานที่จะทำให้เกิดแรงขับหรือแรงจูงใจ ซึ่งเป็นผลให้มนุษย์เราแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (goal) Murray ได้ทำการศึกษาความต้องการทางจิตวิทยาของบุคคลปกติกลุ่มหนึ่งและได้



แบ่งความต้องการทางจิตวิทยาออกเป็น 20 ชนิด ความต้องการของ Murray ที่ยังใช้อยู่ในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

- 1) ความต้องการใฝ่สัมฤทธิ์ (achievement)
- 2) ความต้องการที่จะมีสัมพันธ์กับคนอื่น (affiliation)
- 3) ความต้องการ ความก้าวร้าว (aggression)
- 4) ความต้องการที่จะเป็นตนของตนเอง (autonomy)
- 5) ความต้องการที่จะมีอิทธิพลหรือบังคับผู้อื่น (dominance)
- 6) ความต้องการที่แสดงออกเป็นเป้าแห่งสายตาคน (exhibition)
- 7) ความต้องการที่จะปกป้องคุ้มครองรักษาผู้อื่น (Nurturance)

#### 5.3.4 ทฤษฎีมานุษยนิยมของมาสโลว์

Maslow ได้คิดทฤษฎีที่ได้รวบรวมความคิดของนักจิตวิทยาเกสตัลท์และนักจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีของ Maslow เป็นทฤษฎีที่เรียกว่า Holistic Dynamic Theory เป็นทฤษฎีที่ผสมผสานทฤษฎีเชิงพฤติกรรม ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์และทฤษฎีมานุษยนิยม ที่ได้จากการศึกษามนุษย์ โดยศึกษาบุคคลที่มี “สุขภาพ” สมบูรณ์ ความหมายของคนที่มีสุขภาพสมบูรณ์ไม่ได้หมายถึงคนที่ปราศจากโรคเท่านั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ด้วย

Maslow ได้แบ่งความต้องการพื้นฐาน (basic needs) ออกเป็น 5 ประเภท คือ ความต้องการทางสรีระ หรือความต้องการทางร่างกาย (physiological หรือ physical needs) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยหรือสวัสดิภาพ (safety needs) ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่ (love & belonging needs) ความต้องการที่จะรู้สึกว่าคุณค่า (esteem needs) และความต้องการรู้จักตนเองอย่างแท้จริงและพัฒนาตนเองที่ตามศักยภาพของตน (self actualization)

#### 5.3.5 ความหมายของความต้องการพื้นฐาน 5 ชนิดตามทฤษฎีของ Maslow

1) ความต้องการทางสรีระ (physiological needs) หมายถึง ความต้องการพื้นฐานของร่างกาย เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศและการพักผ่อน เป็นต้น ความต้องการเหล่านี้เป็นความต้องการที่จำเป็นสำหรับมีชีวิตอยู่ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการทางสรีระอยู่เสมอจะขาดเสียไม่ได้ ถ้าอยู่ในสภาพที่ขาดจะกระตุ้นให้ตนมีกิจกรรมขวนขวายที่จะสนองความต้องการ

2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยหรือสวัสดิภาพ (safety needs) หมายถึง ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นอิสระจากความกลัว ชู่เข็ญ บังคับ จากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม เป็นความต้องการที่จะได้รับการปกป้องคุ้มกัน ความต้องการประเภทนี้เริ่มตั้งแต่วัยทารก จนกระทั่งวัยรุ่น ความต้องการที่จะมีงานทำเป็นหลักแหล่งก็เป็นความต้องการเพื่อสวัสดิภาพของผู้ใหญ่อย่างหนึ่ง

3) ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่ (love & belonging needs) มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาจะให้เป็นที่รักของผู้อื่น และต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของหมู่ ทราบว่าทุกคนยอมรับตนเป็นสมาชิก คนที่รู้สึกเหงาไม่มีเพื่อน มีชีวิตไม่สมบูรณ์เป็นผู้ที่จะต้องซ่อมความต้องการประเภทนี้ คนที่รู้สึกว่าตนเป็นที่รักและยอมรับของหมู่จะเป็นผู้ที่สมปรารถนาในความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่

4) ความต้องการที่จะรู้สึกว่าตนเองมีค่า (esteem needs) ความต้องการนี้ประกอบด้วยความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ มีความสามารถ ต้องการที่จะให้ผู้อื่นเห็นว่าตนมีความสามารถและมีคุณค่าและมีเกียรติ ต้องการได้รับความยกย่องนับถือจากผู้อื่น ผู้ที่มีความสมปรารถนาในความต้องการนี้จะเป็นผู้ที่มีความมั่นใจในตนเอง เป็นคนมีประโยชน์และมีค่า ตรงข้ามกับผู้ที่ขาดความต้องการประเภทนี้ จะรู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถและมีปมด้อย มองโลกในแง่ร้าย

5) ความต้องการรู้จักตนเองอย่างแท้จริงและพัฒนาตนเองเต็มที่ตามศักยภาพของตน (self actualization) Maslow อธิบายความต้องการที่เรียกว่า “Self actualization” ว่าเป็นความต้องการที่จะรู้จักตนเองตามสภาพที่แท้จริงของตน จะกล้าที่จะตัดสินใจเลือกทางเดินของชีวิต รู้จักค่านิยมของตนเอง มีความจริงใจต่อตนเอง ปรารถนาที่จะเป็นคนดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ทั้งทางด้านสติปัญญา ทักษะและอารมณ์ความรู้สึก ยอมรับตนเองทั้งส่วนดีส่วนเสียของตน ที่สำคัญที่สุดก็คือ การมีสติที่จะยอมรับว่าตนใช้กลไกในการป้องกันตนในการปรับตัวและพยายามที่จะเลิกใช้ เปิดโอกาสให้ตนเองเผชิญกับความจริงของชีวิต เผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ โดยคิดว่าเป็นสิ่งที่ “ท้าทาย” “น่าตื่นเต้น” และมีความหมาย กระบวนการที่จะพัฒนาตนเองเต็มที่ตามศักยภาพของตนเป็นกระบวนการที่ไม่มีจุดจบตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองเต็มที่ตามศักยภาพของตน เพราะมีน้อยคนที่จะได้ถึงขั้น “Self actualization” อย่างสมบูรณ์

### 5.3.6 ทฤษฎีปัญญานิยม

นักจิตวิทยาที่ยึดถือทฤษฎีปัญญานิยมเกี่ยวกับแรงจูงใจ เชื่อว่ากระบวนการรู้คิดมีส่วนทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เน้นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและความรู้ความเข้าใจ ทฤษฎีปัญญานิยมที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันนี้ คือ ทฤษฎีการอ้างสาเหตุ (attribution theory) ของ Weiner (1979) ซึ่งมีพื้นฐานความคิดว่า มนุษย์เรามักจะมีความอยากรู้และความเข้าใจ ซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดพฤติกรรม

Weiner ได้แบ่งการอ้างสาเหตุพฤติกรรมเกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลของงานออกเป็น 4 ประเภท คือ ความสามารถ ความพยายาม ความยากง่ายของงาน และโชค และได้แบ่งคุณสมบัติของสาเหตุต่างๆ ออกเป็น 3 มิติคือ

1) ตำแหน่งของสาเหตุ : สาเหตุเนื่องมาจากภายในตัวบุคคล สาเหตุเนื่องมาจากนอกตัวบุคคล (locus of causality)

2) เสถียรภาพของสาเหตุ : สาเหตุที่คงตัว สาเหตุที่ไม่คงตัว (stability of causality)

3) การควบคุมได้ของสาเหตุ : สาเหตุที่ควบคุมได้ สาเหตุที่ควบคุมไม่ได้  
(controllability of causality)

สาเหตุแต่ละอย่างที่ผู้กระทำใช้อ้างจะมีคุณสมบัติหลายมิติดังตัวอย่างต่อไปนี้

- 1) ความสามารถ เป็นสาเหตุที่มาจากภายในตัวบุคคล คงตัวและควบคุมไม่ได้
- 2) ความพยายาม แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ความพยายามปกติหรือสม่ำเสมอและความพยายามชั่วคราว ความพยายามปกติสม่ำเสมอ เป็นสาเหตุที่มีตำแหน่งภายในตัวบุคคล เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ และมีความคงตัว และความพยายามชั่วคราว เป็นสาเหตุที่มีตำแหน่งภายใน ควบคุมได้ แต่ไม่มีมีความคงตัว
- 3) โชค เป็นสาเหตุที่มีตำแหน่งภายนอกตัวบุคคล ควบคุมไม่ได้ และไม่มีมีความคงตัว

Weiner พบว่า การอ้างสาเหตุ เมื่อผู้กระทำประสบความสำเร็จหรือไม่สำเร็จ มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังที่จะทำงานได้สำเร็จ หรือไม่สำเร็จในอนาคตและอัตมโนทัศน์ อารมณ์ และความรู้สึกของผู้กระทำ ทั้งนี้ขึ้นกับคุณสมบัติของสาเหตุ

**ตำแหน่งของสาเหตุ:** ภายใน – ภายนอก ในกรณีที่งานประสบสัมฤทธิ์ผล และผู้กระทำอ้างว่าเป็นเพราะความสามารถ ซึ่งมีตำแหน่งภายในตัวของบุคคล ผู้กระทำจะรู้สึกภาคภูมิใจและมีอัตมโนทัศน์บวกและจะมีความคาดหวังว่าจะทำได้ดีในอนาคตด้วย ในกรณีที่ผู้กระทำประสบความสำเร็จและอ้างว่าเป็นเพราะความสามารถ จะมีความรู้สึกหมกหมองไม่อยากจะพยายามต่อไป มีอัตมโนทัศน์ลบ และจะมีความคาดหวังว่าในอนาคตก็จะทำงานไม่สำเร็จด้วย

**เสถียรภาพของสาเหตุ คงตัว – ไม่คงตัว** เสถียรภาพของสาเหตุ เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของสาเหตุ โดยเฉพาะเกี่ยวกับแรงจูงใจที่จะทำงานในกรณีที่ผู้กระทำประสบความสำเร็จจะทำให้มีแรงจูงใจที่จะทำงานที่คล้ายคลึงในอนาคตมากกว่าผู้กระทำที่อ้างสาเหตุไม่คงตัว

**การควบคุมสาเหตุ: ควบคุมได้ – ควบคุมไม่ได้** คุณสมบัติการควบคุมได้ – ควบคุมไม่ได้ของสาเหตุ มักจะมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้แสดงพฤติกรรมหรือผู้กระทำ ในกรณีที่ผู้กระทำประสบความสำเร็จและอ้างสาเหตุว่าเป็นเพราะความพยายามสม่ำเสมอ ผู้กระทำจะมีความภาคภูมิใจและมีความคาดหวังว่าในครั้งต่อไปก็จะทำได้ก็พยายาม แต่ถ้าหากประสบความสำเร็จผู้กระทำที่อ้างว่าไม่พยายามจะมีความรู้สึกว่าเป็นความผิดของตนเองเพราะไม่พยายาม แต่ขณะเดียวกันก็คิดว่าถ้าหากพยายามก็คงจะมีความสำเร็จ สำหรับในกรณีที่ผู้กระทำอ้างสาเหตุความไม่สำเร็จของงานว่าเป็นเพราะตนเองไม่มีความสามารถ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ จะทำให้มีความหมกหมองและท้อถอย และในครั้งต่อไปก็จะมีความคาดหวังว่าทำไม่ได้

**การรับรู้สาเหตุของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของงานโดยผู้อื่น** นอกจากการอ้างสาเหตุของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของงานจะมีผลต่ออัตมโนทัศน์ อารมณ์ ความรู้สึกและความ

คาดหวังของผู้ที่แสดงพฤติกรรม หรือผู้กระทำแล้ว การรับรู้สาเหตุของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของงาน โดยผู้อื่นก็จะมีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้อื่นมีต่อผู้แสดงพฤติกรรม

**อายุกับการอ้างสาเหตุของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จ** ในการวิจัยเพื่อจะหาว่า การรู้และเข้าใจในการอ้างสาเหตุของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จขึ้นอยู่กับอายุหรือวัยหรือไม่ Ruble (1980) พบว่าเราจะไม่สามารถจะใช้ Attribution theory ทำนายแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของเด็กเล็กได้

**ความสำคัญของการอ้างสาเหตุของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของงาน** คุณสมบัตินี้ของสาเหตุที่ผู้กระทำอ้าง มีอิทธิพลต่อการตั้งความคาดหวังในความสัมฤทธิ์ผลของงานในอนาคต และทัศนคติของผู้กระทำ รวมทั้งความรู้สึก อารมณ์ ในกรณีที่ผู้กระทำประสบความสำเร็จ การอ้างสาเหตุที่มีตำแหน่งภายใน มีความคงตัวและควบคุมไม่ได้ เช่น ความสามารถมักจะเป็นองค์ประกอบที่จะทำให้ผู้กระทำ มีทัศนคติในทางลบ และสิ้นหวัง หมกความพยายามเพราะคิดว่าทำอย่างไรก็คงจะไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งมีผลในการตั้งความคาดหวังในความไม่สำเร็จของงานในอนาคต

### 5.3.7 แรงจูงใจภายในและภายนอก (intrinsic and extrinsic motivation)

นักจิตวิทยาหลายท่าน ไม่เห็นด้วยกับทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่อธิบายพฤติกรรมด้วยแรงจูงใจทางสรีระและแรงจูงใจทางจิตวิทยาโดยใช้ทฤษฎีการลดแรงขับ เพราะมีความเชื่อว่าพฤติกรรมบางอย่างของมนุษย์เกิดจากแรงจูงใจภายใน

**แรงจูงใจภายใน** หมายถึง แรงจูงใจที่มาจากภายในตัวบุคคล และเป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลนี้แสดงพฤติกรรม โดยไม่หวังรางวัลหรือแรงเสริมภายนอก

**แรงจูงใจภายนอก** หมายถึง แรงจูงใจที่มาจากภายนอกเป็นต้นว่า คำชมหรือรางวัล

**ความมีสมรรถภาพ (competence)** White (1959) ได้อธิบายว่าความมีสมรรถภาพเป็นแรงจูงใจภายในของมนุษย์ทุกคน ซึ่งหมายถึงความต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ White ถือว่ามนุษย์เราต้องการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมาตั้งแต่วัยทารก และพยายามที่จะปรับปรุงตัวอยู่เสมอ ความต้องการมีสมรรถภาพจึงเป็นแรงจูงใจภายใน

**ความอยากรู้อยากเห็น (curiosity)** นักจิตวิทยาถือว่า ความอยากรู้อยากเห็นเป็นแรงจูงใจภายในที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่อยากค้นคว้าสำรวจสิ่งแวดล้อม

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาแรงจูงใจภายในได้กรอบแนวคิดของ Weiner (1979) โดยให้ความหมายแรงจูงใจในการดูแล หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตรหรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความต้องการที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสาะแสวงหาของตนเอง โดยมีแรงผลักดันจากความรับผิดชอบ ความรัก ความห่วงใย โดยไม่ต้องอาศัยรางวัลภายนอก หรือกฎเกณฑ์ภายนอกเป็นข้อบังคับ เพื่อจะดูแลผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม ประเมินตามการรับรู้ของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบวัดแรงจูงใจในการดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Weiner (1979) ที่สามารถ

สัมฤทธิ์พลได้เป็น 3 ด้านคือ 1) ความสามารถ 2) ความพยายาม 3) ความยากง่าย ส่วนด้านที่ 4) โชค  
 ความคุมไม่ได้ ไม่มีความคงตัว จึงปรับเปลี่ยนให้ครอบคลุมด้าน โรค

## 5.4 ความสนใจ

### 5.4.1 ความหมาย

Dewey (1959) กล่าวว่า ความสนใจคือ ความรู้สึกหรือความพอใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่ง  
 หนึ่ง แนวความคิดหนึ่งหรือกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

Good (1973) กล่าวในทำนองเดียวกันว่า ความสนใจเป็นความรู้สึกชอบของคนเรา  
 ที่แสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกนี้อาจจะมีอยู่ชั่วขณะหนึ่ง หรืออาจจะมีอย่างถาวรก็ได้ทั้งนี้  
 ขึ้นอยู่กับความอยากรู้อยากเห็นของบุคคลนั้น โดยได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ตรงของเขาเอง

ความสนใจ หมายถึง การมีความกระตือรือร้นที่จะรับรู้เรื่องหรือความรู้ต่าง ๆ ของ  
 สิ่งแวดล้อมรอบตัวได้อย่างหลากหลาย ความสนใจที่กว้างขวางย่อมเกิดจากประสบการณ์ที่  
 หลากหลายของบุคคลนั้น ๆ บุคคลที่มีความสนใจกว้างขวางจะเป็นบุคคลที่สามารถเลือกใช้คำพูด  
 หรือการกระทำให้ถูกใจคนได้หลายลักษณะ ซึ่งเป็นไปตามหลักของการสื่อสารความคิดที่ว่า บุคคล  
 ที่มีความสนใจตรงกันจะสื่อสารความคิดกันได้ดี

ความสนใจ หมายถึง ความรู้สึกชอบและเอาใจใส่ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือได้  
 พบเห็น ความอยากรู้อยากเห็นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งแสดงออกโดยการขวนขวายที่จะเข้าร่วมหรือ  
 ติดตามกิจกรรมต่างๆ เป็นความรู้สึกที่โน้มเอียงในการที่จะเลือกทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้ง  
 จะเสาะหาสิ่งที่สนใจด้วยความตั้งใจและยอมรับในคุณค่าของสิ่งนั้น ๆ (วิไลพร คำสะอาด, 2542)

ความสนใจ หมายถึง ความรู้สึกอยากรู้อยากเห็นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งที่เป็นบุคคล  
 สิ่งของ กิจกรรม ซึ่งแสดงออกโดยการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมการติดตามความเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่  
 สนใจนั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ความสนใจ หมายถึง แสดงออกถึงความรู้สึกชอบ และพอใจใน  
 และขวนขวายในการให้ได้สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เกี่ยวข้องด้วยความตั้งใจ

### 5.4.2 ลักษณะของความสนใจ มีดังนี้ (มลธิรา มีทรัพย์, 2547)

1) ความสนใจเป็นความรู้สึกหรือเจตคติที่เข้มข้นอยู่ในวงแคบ คือ คนเราจะต้องมี  
 ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นอย่าง ๆ ไป

2) ความสนใจเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล คนหนึ่งอาจมีความสนใจ ต่อสิ่งหนึ่งแต่  
 คนหนึ่งอาจจะไม่สนใจต่อสิ่งนั้นเลยก็ได้

3) เมื่อมีความสนใจบุคคลย่อมมีความมุ่งหมายต่อสิ่งนั้นและเอาใจใส่จดจ่อต่อสิ่งที่  
 สนใจ

4) เมื่อเกิดความสนใจในต่อสิ่งใดแล้ว บุคคลย่อมมีความมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง  
 ต่อสิ่งนั้นเช่น ต้องการอยากรู้อยากเห็นให้มากขึ้น ต้องการที่จะทำเป็น เป็นต้น

5) บุคคลย่อมมีความมุ่งมั่น ที่จะทำให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย ถ้ามีความสนใจ ต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างแท้จริง

**5.4.3 กระบวนการเกิดความรู้สึก** ความสนใจเป็นความรู้สึก ดังนั้นการเกิดความรู้สึก ก็จะต้องเกิดจากการรับรู้ก่อนการไม่รับรู้สิ่งใดก็จะไม่รู้สึกต่อสิ่งนั้น ความสนใจก็จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้เลย การรับรู้ก่อนจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ไม่ประกันว่าเมื่อผู้รับรู้สิ่งใดแล้วต้องสนใจในสิ่งนั้น เพราะเมื่อรับรู้แล้วอาจไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งนั้น หรือสิ่งเรานั้นไม่เป็นที่น่ารับเอาไว้ เมื่อเป็นเช่นนั้น การรับรู้ก็จะผ่านไป ความรู้สึกต่อสิ่งนั้นไม่ต่อเนื่องมลายหายไปจากจินตนาการ เหมือนกับไม่ได้สัมผัสรับรู้ต่อสิ่งนั้นเลย กรณีนี้จะไม่เกิดความรู้สึกขึ้นในจิตใจ แต่ถ้าสิ่งเรานั้นทำให้จิตรับรู้อย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกก็จะเกิดขึ้น และถ้าความรู้สึกเกิดการตอบสนองอย่างเต็มที่ เกิดความพึงพอใจ ความสนใจก็จะเกิดตามมา การเร้าเพื่อให้จิตตอบสนองจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างความสนใจจะมีมากน้อยหรือนานขนาดไหน ขึ้นอยู่กับสภาวะของจิต หรือความรู้สึกที่ถลกลงไปกว่าความสนใจนั้น เรียกว่าเป็นเจตคติ ความสนใจกับเจตคติบางทีก็คล้อยตามกันบางทีก็ไม่คล้อยตามกัน ดังเช่น บางคนชอบจัดดอกไม้และมีเจตคติที่ดีต่อดอกไม้ทั่วไป บางคนชอบสอนแต่มีเจตคติไม่ดีต่อเด็ก บางคนมีความสนใจหรือชอบเดินป่าแต่มีเจตคติไม่ดีต่ออาชีพเดินป่า

**5.4.4 การวัดความสนใจ** เนื่องจากความสนใจเป็นแรงผลักดันอันหนึ่งที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาถ้าต้องการทราบความสนใจของบุคคลก็วัดหรือประเมินจากการแสดงออกของบุคคลนั้นซึ่งเกี่ยวกับความสนใจ Supper (1957 อ้างในวิษณุ ภาพันธ์, 2544) ได้กล่าวว่า ความสนใจของบุคคลสามารถวัดได้โดยวิธีการดังนี้

1) Expressed interests เป็นวิธีการศึกษาจากคำพูดหรือถ้อยคำของบุคคลเกี่ยวกับความสนใจ ความสนใจที่ได้จากการศึกษาโดยวิธีการนี้ จะเป็นพื้นฐานของการศึกษาความสนใจวิธีอื่นซึ่งให้คุณค่าที่จำกัด และยังเชื่อถือได้ไม่เต็มที่นัก

2) Manifest interests เป็นวิธีการศึกษาจากพฤติกรรมการแสดงออกที่สังเกตได้ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลนั้นทำ เป็นงานอดิเรกหรืองานประจำ

3) Tested interests เป็นวิธีการศึกษาจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจากวิชาที่บุคคลนั้นสนใจ โดยยึดพื้นฐานของทฤษฎีที่ว่า บุคคลจะเลือกเรียนในสิ่งที่เขาสนใจ

4) Inventoried interests เป็นวิธีการศึกษาโดยใช้แบบสำรวจ ด้วยการให้บุคคลได้แสดงออกถึงความรู้สึกชอบและไม่ชอบ นำผลจากแบบสำรวจไปวิเคราะห์ทางสถิติได้ผลออกมาเป็นคะแนนความสนใจ นอกจากนี้ Powell (1963 อ้างในวิษณุ ภาพันธ์, 2544) ได้เสนอการวัดความสนใจซึ่งสามารถทำได้ดังนี้

1) ใช้แบบสอบถามวัดความสนใจ (interest inventories) แบบวัดความสนใจประกอบด้วยข้อความชุดหนึ่ง สำหรับให้แต่ละบุคคลแสดงความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อข้อความต่าง ๆ เหล่านั้น

2) ใช้แบบสอบถามปลายเปิด (open - ending questionnaires) โดยให้แต่ละบุคคลมีอิสระที่จะตอบคำถามต่าง ๆ ได้ตามความรู้สึกที่แท้จริงของตน

3) ใช้การสัมภาษณ์ (interviews) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ได้สังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ถูกสัมภาษณ์ได้

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาความสนใจในการดูแล หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีการแสดงพฤติกรรมกระตือรือร้น การเอาใจใส่ ความรู้สึกชอบ และชวนขวยที่จะเข้าร่วม หรือค้นคว้าเพิ่มเติม ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบวัดความสนใจในการดูแลซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นจากแบบสอบถามของ วิษณุ นภาพันท์ (2544) ครอบคลุมความสนใจในการดูแลประกอบด้วย 5 ลักษณะคือ 1) ความสนใจเป็นความรู้สึก 2) ความสนใจเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล 3) ความมุ่งหมายและเอาใจใส่ต่อสิ่งนั้น 4) อยากรู้ อยากเห็นที่ต้องการจะทำ 5) มุ่งมั่นที่จะทำ ให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย

### 5.5 ค่านิยม (Value)

ความหมายค่านิยมมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล หรืออาจจะกล่าวได้ว่าค่านิยมเป็นทัศนคติที่มีความเข้มข้นและถาวร ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม (Thornburg , 1984)

มีผู้ให้ความหมายของค่านิยมไว้อย่างกว้างขวาง เช่น

Theodorson (1969) ค่านิยม หมายถึง หลักการหรือแนวทางของพฤติกรรม ซึ่งสมาชิกกลุ่มชนถือว่าสำคัญด้วยความรู้สึกที่รุนแรงและมีการให้คำมั่นผูกมัดตนเอง โดยยึดถือเป็นมาตรฐานสำหรับใช้ในการตัดสินใจกระทำ

William (ค่านิยมเป็นความคิดรวบยอด) (concept) ของบุคคลซึ่งใช้ประเมินผลความดี ความเลว ความถูก ความผิด ที่เกิดจากการสังเกตหรือตรึกตรอง

จิตรอารี เนตรหิน (2513 อ้างใน ชูชีพ อ่อน โลกสูง, 2522) ค่านิยมเป็นความพอใจและต้องการของบุคคล

เคลือ่ม บุญย์แก้ว (2513 อ้างใน ชูชีพ อ่อน โลกสูง, 2522) ค่านิยม คือ ความนิยมชมชอบพอใจ ยกย่องบูชา การตีค่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยพิจารณาคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของสิ่งนั้นในเชิงจิตวิทยา สังคม จริยศาสตร์ ศาสนา และสุนทรียศาสตร์ เมื่อบุคคลพิจารณาตัดสินแล้วบุคคลจะยึดถือตามคุณลักษณะนั้นๆ ต่อไป

ชูชีพ อ่อน โลกสูง (2522) ค่านิยม คือ ความรู้สึกซึ่งประกอบไปด้วยความชอบ ความพอใจ ความสนใจ และความต้องการต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ถ้าความรู้สึกเหล่านั้นเกิดขึ้นต่อสิ่งใดก็จะมีค่านิยมสิ่งนั้น ค่านิยมจึงเป็นสิ่งที่คนสนใจ ประารถนาที่จะได้ ประารถนาที่จะเป็น และค่านิยมยังรวมไปถึงจุดมุ่งหมายและความต้องการในชีวิตอีกด้วย

ค่านิยมแบ่งออกเป็น 4 ประการ Eduard Sprangers (อ้างใน ซูชีพ อ่อน โคนสูง, 2522)

1) ค่านิยมทางวิชาการ (theoretical) เป็นแรงจูงใจให้บุคคลต้องแสวงหาความรู้

2) ค่านิยมทางเศรษฐกิจ (economics) เป็นค่านิยมที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลไปสู่ความมั่งคั่ง

3) ค่านิยมทางการปกครอง (political) จะช่วยผลักดันให้บุคคลแสวงหาอำนาจค่านิยมทางสังคม (social) จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น และเข้าร่วมในสังคม

4) ค่านิยมทางสุนทรียภาพ (esthetic) จะช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในประสบการณ์ที่เกิดจากประสาทสัมผัสต่างๆ ค่านิยมทางศาสนา (religious) ทำให้บุคคลปรารถนาที่จะนับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่งตามค่านิยมของตน

การศึกษาครั้งนี้จึงนำค่านิยมทางสังคม มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่มีความสอดคล้องกับค่านิยมทางสังคม ค่านิยมในการดูแล หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความเชื่อว่าสิ่งใดที่พึงปรารถนาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมคือสิ่งที่ดี และสิ่งใดที่ไม่พึงปรารถนาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมถือว่าไม่ดี ประเมินโดยใช้แบบวัดค่านิยมในการดูแล โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดค่านิยมในการดูแลซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นมาจากแบบสอบถามของพจนีย์ พจนะลาวัณย์ (2544) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ค่านิยมทางวัตถุ ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมด้านความจริง ค่านิยมทางสุนทรีย ค่านิยมทางจริยธรรม ค่านิยมทางศาสนา

## 6. บทบาทพยาบาล

เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาต่อเนื่อง และต้องได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรตระหนักถึงรูปแบบการบริการที่เปลี่ยนแปลงไปและท้าทายความสามารถในการจัดการของพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549)

จากนโยบายของภาครัฐที่มีการส่งเสริมการดูแลในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดอัตราการครองเตียง และยังเป็นการลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับให้การบริการในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องโรคและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลให้มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการบริการพยาบาลที่เสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549 หน้า: 301-308)

6.1 การติดตามเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจทำได้โดย



6.1.1 ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกครั้งที่เป็นเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดในผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล

6.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ

6.1.3 ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแล กลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

6.1.4 ช่วยเหลือผู้ดูแล ในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผน มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดภาระความคับข้องใจที่อาจเกิดขึ้น

6.1.5 ส่งต่อผู้ดูแล ไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หรือแหล่งให้ปรึกษาทางโทรศัพท์

6.1.6 ส่งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

## 6.2 บริการให้คำปรึกษา

6.2.1 สายด่วนให้คำปรึกษา เป็นการให้บริการแก่ผู้ดูแลที่ต้องการคำปรึกษาแบบเร่งด่วน ผู้ที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว และเป็นบริการที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเกิดความรู้สึกว่ามีผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาอยู่ตลอดเวลา

6.2.2 ให้คำปรึกษารายบุคคล /รายกลุ่ม

## 6.3 การจัดการกระทำทางการแพทย์

6.3.1 การช่วยเหลือผู้ดูแลให้ปรับตัวเข้ากับบทบาทผู้ดูแล เพื่อลดภาวะเครียด ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6.3.2. การจัดการกระทำเพื่อสนับสนุนผู้ดูแล การให้การสนับสนุนผู้ดูแลมีหลายวิธี เช่น การเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล กลุ่มสนับสนุนเพื่อให้ความรู้และการบำบัด

6.3.3 การจัดการกระทำทางการแพทย์โดยภาพรวม แนะนำการจัดการกระทำทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

1) สังเกตอาการแสดงการพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล  
2) ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามความจำเป็น เช่น เวลาที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตารางการทำงาน

3) พยายามกระตุ้นให้ผู้ดูแลหาเวลาหยุดพักเป็นระยะ ๆ โดยอาจใช้บริการดูแลผู้ป่วยแบบชั่วคราวที่มีอยู่

4) ช่วยผู้ดูแลหาแหล่งประโยชน์และใช้สิทธิที่มีอยู่

5) กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ระบายความเศร้าโศกจากการเห็นผู้ป่วยสูญเสียการทำหน้าที่มากขึ้น

6) ช่วยผู้ดูแลระบุปัจจัยใดที่ควบคุมได้และไม่ได้

- 7) ช่วยผู้ดูแลเรียนรู้เทคนิคการจัดการกับความเครียด
- 8) สนับสนุนผู้ดูแลกำหนดข้อจำกัดของตัวเอง ระบุบทบาทและเชื่อมั่นการตัดสินใจ

ของตนเอง

- 9) กระตุ้นให้ผู้ดูแลใช้อารมณ์ขันตามความเหมาะสม เช่น อ่านการ์ตูน
- 10) กระตุ้นให้ผู้ดูแลพูดถึงความรู้สึก สิ่งที่ตระหนักถึง และความกลัว ฟังระลึกถึง อยู่เสมอว่าการคับข้องใจมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบของผู้ดูแล
- 11) สังเกตว่ามีหลักฐานความรุนแรงในผู้ดูแลหรือผู้ป่วยหรือไม่
- 12) จัดให้มี Follow-up หลัง Discharge รวมทั้งการบริการอื่น ๆ
- 13) สอนผู้ดูแลจัดการกับปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วย
- 14) ส่งต่อผู้ดูแลไปรับบริการด้านการให้คำปรึกษา หรือการเข้ากลุ่มสนับสนุนญาติ เพื่อช่วยปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแล

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษา ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้หญิงสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความเครียด ซึ่งความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ความเครียดและการเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการแผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลด้านสัมพันธภาพทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ทัศนีย์ รวีกุล (2542) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ความไม่สุขสบายจาก โรคข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มทดลอง มีค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ด้านความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2542) พฤติกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะการควบคุมโรคผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขากวาง จ.กาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติสูงกว่า หรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่า ผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติต่ำ

แหวดาว ทวีชัย (2543) พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง ผลการวิจัยแนวทางเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ผกากรอง ตั้งสุขล (2544) ได้ศึกษาประสพการณ์ของผู้สูงอายุในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน ผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงคุณค่า และประสิทธิภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการนำมาบำบัดอาการปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสามารถนำไปสู่การผสมผสาน แนวคิดในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และแก้ไขปัญหาลักษณะผู้สูงอายุให้เหมาะสมแต่ละท้องถิ่นต่อไป ผลการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาใช้ในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงผลการบำบัดรักษาแตกต่างกัน จำแนกเป็น 3 ด้าน คือผลต่อร่างกาย ผลต่อจิตใจ ผลต่อครอบครัว

สุนิ สุวรรณพสุ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ

อรสา กาพรรัตน์ (2545) ผลของการนวดไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้สูงอายุหลายด้าน โดยอาการปวดเป็นอาการสำคัญ วิธีการจัดการกับอาการปวด อาจใช้เฉพาะการรักษาทางยาหรือใช้ร่วมกับวิธีการอื่น การนวดแผนไทยเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ร่วมรักษาในการบรรเทาอาการปวด

ทวีพร เตชะรัตนมณี (2546) ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สภาวะของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 130 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สภาวะใน

ระดับดี การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเอง

อรรรณพ ทองคำ (2546) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำและกลับมารักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 350 คน พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์จะเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ในด้านนี้ปัญหาที่เด่นชัดคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่การทำหน้าที่ด้านการตอบสนองทางอารมณ์จะพบปัญหาของการระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวรับฟัง

ศุภร เขียวมนตรี (2547) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเพียงพอของรายได้ ระบบครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ) ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษา ครั้งนี้สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ควบคู่กับการประเมินอุปสรรคที่มีต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ปชาณัฐ ดันติโกสม (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า แนวทางที่ได้จากการศึกษา คือ ผู้ป่วยควรศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคให้เข้าใจอย่างแท้จริง สร้างจิตสำนึกของการดูแลตนเอง ควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ควรมีการปรับปรุงเปลี่ยนท่าทางอิริยาบถต่าง ๆ ให้เหมาะสม เลือกรงานและอาชีพให้เหมาะสม ใช้เทคนิคประคบร้อนเย็น เพื่อบรรเทาอาการปวด ใช้จ่ายตามแพทย์สั่งเท่านั้น หาแนวทางในการขจัดความเครียด ความวิตกกังวล และเข้ากลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเสริมแรงกระตุ้นในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมส่วนมากอาจจะไม่มีความสามารถในการดูแลตนเองตามวิถีทางของตนเท่าที่ควรจะเป็น หรืออาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นผู้ป่วยยังไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติดูแลตนเองรวมทั้งระบบสนับสนุนจากครอบครัวไม่เพียงพอ

ชลธิชา จันทศิริ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำนวน 400 คน

พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีการง  
ใจและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับ  
การศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ การง  
ตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยคัดสรร คือ ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคิดในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม ที่นำผู้ป่วยสูงอายุข้อเข้าเสื่อมมารับบริการโรงพยาบาลทั่วไป คือ โรงพยาบาลเกาะสมุย โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม
2. พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

โดยมีวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ

ดังนี้

$$N \geq 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N \geq (10 \times 6) + 50$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 110 คน

**การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง** ทำการสุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling)

1. ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลที่มีคลินิกกระดูกและข้อ ซึ่งพบว่ามีทั้งหมด 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลภูเก็ต โรงพยาบาลเกาะสมุย โรงพยาบาลตะกั่วป่า และทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากโรงพยาบาลได้ 4 แห่ง แบบไม่แทนที่จากโรงพยาบาลทั้งหมด 9 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมจำนวน 110 คน

#### ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 จำแนกโรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 7 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพร ระนอง กระบี่ สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช และภูเก็ต โรงพยาบาลประจำอำเภอ จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเกาะสมุยและ ตะกั่วป่า

ขั้นที่ 2 สุ่มจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มโดยใช้อัตราส่วน 3 : 1 ได้โรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง

ขั้นที่ 3 สุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกงานผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูก แต่ละแห่ง

ซึ่งจากสุ่มได้โรงพยาบาล 4 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 40 ราย โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 20 ราย และโรงพยาบาลเกาะสมุย จำนวน 10 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม จำนวน 110 คน ภาคใต้ตอนบน ใน 4 โรงพยาบาลที่สุ่มได้

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(ราย)
สุราษฎร์ธานี	40
นครศรีธรรมราช	40
กระบี่	20
เกาะสมุย	10
รวม	110



2. ขออนุญาตเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอกคลินิกกระดูกและข้อในโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่ม โดยขอจากรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนหน้าห้องตรวจ

3. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักจากเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ

4. เพื่อป้องกันกลุ่มที่เขย่นาแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ก่อนหน้าจำนวน 30 คน จึงใช้วิธีการ Marking เลขที่ประจำตัวผู้ป่วยเอาไว้ หากเลขที่ประจำตัวผู้ป่วยตรงกับกลุ่มทดลองที่ได้ทำการสุ่มก็จะเป็นเกณฑ์ในการคัดออก

5. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของผู้มารับบริการเมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยสุ่มคนเว้นคน จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาลที่กำหนดไว้จำนวนรวมทั้งหมด คือ 110 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแล
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติในการดูแล
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินแรงจูงใจในการดูแล
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสนใจในการดูแล
- ส่วนที่ 7 แบบประเมินค่านิยมในการดูแล

### ลักษณะของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล เป็นแบบสอบถามให้เติมคำในช่องว่าง และเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด โดยให้บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ยุวดี กฤษวัฒนากรรณ์ (2537) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงในส่วนของข้อ

คำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ คลอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ  
1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการประเมิน 4) ด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก

ลักษณะของแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว มีจำนวนข้อคำถามอย่างละ 5 ข้อ  
ทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	5
เห็นด้วย	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
ไม่แน่ใจ	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	1

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า การสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุ  
ข้อเข้าเสื่อมอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยใช้  
หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 1.49	มีการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	มีการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	มีการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	มีการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
4.50 – 5.00	มีการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูงมาก

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ประเมินโดยใช้แบบประเมินความ  
คาดหวังในคุณภาพการดูแล โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ศิริรัตน์ วิชิตระกูลถาวร  
(2545) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Herth (1992) แบ่งเป็นความคาดหวังในคุณภาพการดูแล  
เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต 2) ความรู้สึกพร้อมและ  
การคาดหวังในเชิงบวก และ 3) ความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น**

ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 12  
ข้อ ดังนี้

1. ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต	จำนวน	4	ข้อ
2. ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก	จำนวน	4	ข้อ
3. ความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น	จำนวน	4	ข้อ

มีขั้นตอนการปรับปรุงแบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความคาดหวังในการดูแลของผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ทำการปรับปรุงข้อคำถามของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Herth (1992) ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต 2) ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก 3) ความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น

ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	5
เห็นด้วย	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
ไม่แน่ใจ	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	1

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า มีความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความคาดหวังคุณภาพในคุณภาพการดูแล โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 – 1.49	มีความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวอยู่ใน ระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	มีความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	มีความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	มีความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
4.50 – 5.00	มีความคาดหวังคุณภาพในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามวัดทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุของ สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) ที่ได้ปรับปรุงแบบวัดทัศนคติต่อการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของ ปรียธิดา เชิดชูเกียรติสกุล (2537) ที่สร้างขึ้นให้ครอบคลุมองค์ประกอบของทัศนคติที่มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา 2) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก 3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ

ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา	จำนวน	5	ข้อ
2. องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก	จำนวน	5	ข้อ

3. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ  
มีขั้นตอนการปรับปรุงแบบประเมินทัศนคติในการดูแล ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความคาดหวังในการดูแลของผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ทำการปรับปรุงข้อคำถามของ สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) ครอบคลุมองค์ประกอบของทัศนคติที่มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา 2) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก 3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	5
เห็นด้วย	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
ไม่แน่ใจ	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	1

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า มีทัศนคติในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนทัศนคติในการดูแล โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ความหมาย
1.00 – 1.49	มีทัศนคติในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	มีทัศนคติในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	มีทัศนคติในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	มีทัศนคติในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
4.50 – 5.00	มีทัศนคติในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินแรงจูงใจในการดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Weiner (1979) ที่สามารถสัมฤทธิ์ผลได้ 3 ด้านคือ 1) ความสามารถ 2) ความพยายาม 3) ความยากง่าย 4) โรค

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ดังนี้

1. ความสามารถ	จำนวน	3	ข้อ
2. ความพยายาม	จำนวน	4	ข้อ
3. ความยากง่าย	จำนวน	4	ข้อ

4. โรค จำนวน 4 ข้อ

มีขั้นตอนการปรับปรุงแบบประเมินแรงจูงใจในการดูแล ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความคาดหวังในการดูแลของผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ทำการปรับปรุงข้อคำถามของ ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถ 2) ความพยายาม 3) ความยากง่าย 4) โศก

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	5
เห็นด้วย	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
ไม่แน่ใจ	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	1

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า มีแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแรงจูงใจในการดูแล โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ความหมาย
1.00 – 1.49	มีแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	มีแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	มีแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	มีแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
4.50 – 5.00	มีแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 6 แบบวัดความสนใจในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นจากแบบสอบถามของวิษณุ นภาพันธ์ (2544) ครอบคลุมความสนใจในการดูแลประกอบด้วย 5 ลักษณะคือ 1) ความสนใจเป็นความรู้สึก 2) ความสนใจเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล 3) ความมุ่งหมายและเอาใจใส่ต่อสิ่งนั้น 4) อยากรู้อยากเห็นที่ต้องการจะทำ 5) มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ดังนี้

1. ความสนใจเป็นความรู้สึก	จำนวน	2	ข้อ
2. ความสนใจเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล	จำนวน	2	ข้อ
3. ความมุ่งหมายและเอาใจใส่ต่อสิ่งนั้น	จำนวน	2	ข้อ

4. อยากรู้อยากเห็นที่ต้องการจะทำ จำนวน 2 ข้อ
5. มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย จำนวน 2 ข้อ

มีขั้นตอนการปรับปรุงแบบประเมินความสนใจในการดูแล ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความสนใจในการดูแลของผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ทำการปรับปรุงข้อคำถามของ ครอบคลุมทั้ง 5 ลักษณะได้แก่ 1) ความสนใจเป็นความรู้สึก 2) ความสนใจเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล 3) ความมุ่งหมายและเอาใจใส่ต่อสิ่งนั้น 4) อยากรู้อยากเห็นที่ต้องการจะทำ 5) มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	5
เห็นด้วย	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
ไม่แน่ใจ	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	1

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความสนใจในการดูแล โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 – 1.49	มีความสนใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	มีความสนใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	มีความสนใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	มีความสนใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
4.50 – 5.00	มีความสนใจในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 7 แบบวัดค่านิยมในการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบวัดค่านิยมในการดูแลซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นมาจากแบบสอบถามของพจนีย์ พจนะลาวัณย์ (2544) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ค่านิยมทางวัตถุ ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมด้านความจริง ค่านิยมทางสุนทรีย์ ค่านิยมทางจริยธรรม ค่านิยมทางศาสนา

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ดังนี้

1. ค่านิยมทางวัตถุ จำนวน 4 ข้อ
2. ค่านิยมทางสังคม จำนวน 3 ข้อ
3. ค่านิยมด้านความจริง จำนวน 3 ข้อ

4. ค่านิยมทางสุนทรี	จำนวน	4	ข้อ
5. ค่านิยมทางจริยธรรม	จำนวน	3	ข้อ
6. ค่านิยมทางศาสนา	จำนวน	3	ข้อ

มีขั้นตอนการปรับปรุงแบบประเมินค่านิยมในการดูแล ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับค่านิยมในการดูแล ของผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ทำการปรับปรุงข้อคำถามของ ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือ ค่านิยมทางวัตถุ ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมด้านความจริง ค่านิยมทางสุนทรี ค่านิยมทางจริยธรรม ค่านิยมทางศาสนา

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	5
เห็นด้วย	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
ไม่แน่ใจ	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	1

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่ามีค่านิยมในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่านิยมในการดูแล โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 – 1.49	มีค่านิยมในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	มีค่านิยมในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	มีค่านิยมในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	มีค่านิยมในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
4.50 – 5.00	มีค่านิยมในการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับสูงมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามแรงจูงใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุ แบบสอบถามค่านิยมของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้ง 6 ตอน ไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบ

ถามทั้งหมด พร้อมทั้งกรอบแนวคิดและโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูกและข้อจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาล เรื่องการสนับสนุนของครอบครัวจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตสังคมจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลกระดูกและข้อจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ตัดสินโดยถือเกณฑ์ค่า content valid index มากกว่า 0.80 มีขั้นตอนการตรวจสอบดังนี้

1.1 แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อม ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content valid index) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) โดย

1.1.1 แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.60 และได้ปรับข้อความนั้นใหม่จำนวน 8 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 1, ข้อที่ 2, ข้อที่ 4, ข้อที่ 5, ข้อที่ 6, ข้อที่ 7, ข้อที่ 10, ข้อที่ 20 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

1.1.2 ข้อที่ 1 จากเดิมข้อความ ท่านเอาใจใส่ แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค แก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.1.3 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำให้แก้ไขเป็น ท่านคอยเอาใจใส่ ดูแลแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค แก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.1.4 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำให้ปรับปรุงคำถามเป็น ท่านให้กำลังใจแก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อมในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค

1.1.5 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4 ควรปรับปรุงข้อความ เป็น ท่านแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค แก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.1.6 ข้อคำถามใหม่ ท่านแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคแก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อมเสมอ

1.1.7 ข้อที่ 2 จากเดิมข้อความ เมื่อผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมแสดงออกถึงความไม่สบายใจ ท่านจะสนใจ และรับฟังท่าน

1.1.8 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำให้แก้ไข เป็น เมื่อผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมแสดงออกถึงความกังวล ไม่สบายใจ ท่านจะสนใจ และรับฟังท่าน



1.1.9 ข้อที่ 4 ข้อคำถามเดิม ท่านจะแนะนำเพื่อนฝูงหรือผู้มีฐานะมาติดต่อให้รู้จักทักทาย ทำความเคารพผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.1.10 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำให้ปรับข้อคำถามเป็น ท่านจะสนับสนุนเพื่อให้บุคคลใกล้ชิดมาให้มาทักทาย เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.1.11 หลังจากปรับปรุงข้อคำถามแล้ว ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.83

**1.2 แบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content valid index) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือมากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.66 และได้ปรับข้อคำถามนั้นใหม่จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 1, ข้อที่ 4, ข้อที่ 7, ข้อที่ 10 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว เช่น

1.2.1 ข้อที่ 1 ข้อคำถามเดิม ท่านมองว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งดี

1.2.2 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านมองว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมต่อไปเรื่อย ๆ เป็นสิ่งที่ดี

1.2.3 ข้อที่ 4 ข้อคำถามเดิม บางครั้งท่านรู้สึกกังวลว่าผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอ

1.2.4 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น บางครั้งท่านรู้สึกกังวลในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.2.5 ข้อที่ 7 ข้อคำถามเดิม ท่านเห็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้

1.2.6 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้

1.2.7 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านมองเห็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้ดีขึ้น

1.2.8 ข้อคำถามใหม่ ท่านมองเห็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้ดีขึ้น

1.2.9 หลังจากปรับปรุงข้อคำถามแล้ว ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.83

**1.3 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทัศนคติในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา

แล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content valid index) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินทัศนคติของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.73 และได้ปรับข้อคำถามนั้นใหม่จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 4, ข้อที่ 9, ข้อที่ 10, ข้อที่ 11 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว เช่น

1.3.1 ข้อที่ 4 ข้อคำถามเดิม ท่านคิดว่าการได้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ทำให้ท่านเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น

1.3.2 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านคิดว่าการได้ใกล้ชิดคอยดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมจะทำให้ท่านเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น

1.3.3 ข้อที่ 9 ท่านคิดว่ามักมีอารมณ์ฉุนเฉียวเวลาผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไม่ทำตามที่ท่านบอก

1.3.4 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านมักมีอารมณ์ฉุนเฉียวเวลาผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไม่ทำตามที่ท่านแนะนำ

1.3.5 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านคิดว่าท่านมักมีอารมณ์ฉุนเฉียวเวลาผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไม่ทำตามที่ท่านบอก

1.3.6 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านมักมีอารมณ์ฉุนเฉียวเวลาผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไม่ทำตามที่ท่านบอก

1.3.7 ข้อคำถามใหม่ ท่านมักมีอารมณ์ฉุนเฉียวเวลาผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไม่ทำตามที่ท่านบอก

1.3.8 หลังจากปรับปรุงข้อคำถามแล้วได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80

**1.4 แบบประเมินแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content valid index) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004)

1.4.1 แบบประเมินแรงจูงใจของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.66 และได้ปรับข้อคำถามนั้นใหม่จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 4, ข้อที่ 5, ข้อที่ 8, ข้อที่ 11, ข้อที่ 14 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว เช่น

1.4.2 ข้อที่ 4 ท่านตั้งใจจะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้มีอาการดีขึ้นตามที่ท่านกำหนดไว้

1.4.3 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านตั้งใจจะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้มีอาการดีขึ้นตามที่ท่านวางแผนไว้

1.4.4 ข้อที่ 5 ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีอาการดีขึ้น

1.4.5 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีอาการดีขึ้น

1.4.6 ข้อที่ 14 ท่านทราบว่าต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน เช่น การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ

1.4.7 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านทราบว่าต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน เช่น การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดี

1.4.8 หลังจากปรับปรุงข้อคำถามแล้วได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80

**1.5 แบบประเมินความสนใจในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินแรงความสนใจในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content valid index) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004)

1.5.1 แบบประเมินความสนใจของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.7 และได้ปรับข้อคำถามนั้นใหม่ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 3, ข้อที่ 6, ข้อที่ 9 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว เช่น

1.5.2 ข้อที่ 3 ท่านให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในทุก ๆ ด้าน เช่น การบริหารข้อเข้า การรับประทานอาหาร

1.5.3 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านกระตือรือร้นและให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในทุก ๆ ด้าน เช่น การบริหารข้อเข้า การรับประทานอาหาร

1.5.4 ข้อที่ 6 ท่านชอบหาวิธีการบริหารข้อเข้าให้แก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ

1.5.5 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านชอบค้นหาวิธีการบริหารข้อเข้าให้แก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ

1.5.6 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านชอบแนะนำวิธีการบริหารข้อเข้าให้แก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ

1.5.7 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านชอบค้นคว้าหาความรู้เพื่อหาวิธีการบริหารข้อเข้าให้แก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ

1.5.8 ข้อคำถามใหม่ ท่านชอบค้นคว้า หาความรู้เพื่อหาวิธีการบริหารข้อเข้าให้แก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ

1.5.9 หลังจากปรับปรุงข้อคำถามแล้ว ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80

**1.6 แบบประเมินค่านิยมในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินค่านิยมในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content valid index) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004)

1.6.1 แบบประเมินค่านิยมในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.75 และได้ปรับข้อคำถามนั้นใหม่จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 4, ข้อที่ 6, ข้อที่ 7, ข้อที่ 10, ข้อที่ 14 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว เช่น

1.6.2 ข้อคำถามที่ 4 ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้รับการรักษาที่เหมาะสม

1.6.3 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

1.6.4 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้รับการรักษาที่เหมาะสม ถูกต้อง

1.6.5 ข้อคำถามใหม่ ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้รับการรักษาที่เหมาะสม ถูกต้อง

1.6.6 ข้อที่ 6 ท่านต้องการให้มีการส่งเสริมให้คนในครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.6.7 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านต้องการให้มีการส่งเสริมให้คนในครอบครัวเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.6.8 ข้อที่ 7 ท่านต้องการให้มีการส่งเสริมให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.6.9 ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำควรปรับปรุงข้อคำถามเป็น ท่านต้องการให้มีการส่งเสริมให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1.6.10 หลังจากปรับปรุงข้อคำถามแล้ว ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.75

**2. การหาความเที่ยง (reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถาม

ความคาดหวังในคุณภาพการดูแลแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้า  
 เลื่อม แบบสอบถามแรงงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม แบบสอบถามความ  
 สนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุ และแบบสอบถามค่านิยมในการดูแลของครอบครัว  
 ผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับ  
 ครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อมที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาล  
 เกาะสมุย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา  
 ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	ค่าความเที่ยงการวิจัย
	การทดลอง	
	(N=30 คน)	(N=110 คน)
แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว	.85	.89
แบบประเมินความคาดหวังในคุณภาพการดูแล	.81	.83
แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลของครอบครัว	.74	.67
แบบสอบถามแรงงใจในการดูแลของครอบครัว	.89	.91
แบบสอบถามความสนใจในการดูแลของครอบครัว	.89	.90
แบบสอบถามค่านิยมในการดูแลของครอบครัว	.92	.91

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนี้ส่งจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ  
 โรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม  
 ความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุข้อ  
 เข้าเลื่อม แบบสอบถามแรงงใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม แบบสอบถามความสนใจของ  
 ครอบครัวผู้สูงอายุ แบบสอบถามค่านิยมของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม แบบสอบถามการ  
 สนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม กับครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเลื่อม

2. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้ง  
 โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อพร้อมทั้งเครื่องมือในการวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการ เพื่อขอทราบผลการ  
 อนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล

4. หลังจากที่ผ่านมาการอนุมัติจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้าแผนกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอก

5. ผู้วิจัยศึกษาจากรายงานประวัติของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและสังเกต ว่าผู้สูงอายุรายใดนำครอบครัวมาดูแลด้วย พร้อมทั้งสุ่มเลือกตัวอย่างง่าย โดยในแต่ละวันจะเก็บข้อมูลไม่เกินวันละ 10 ราย เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาในการปิดทำการของแผนกกระดูกและข้อ ของแต่ละโรงพยาบาล

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในห้องที่จัดเป็นสัดส่วน โดยใช้เวลาการสอบถามประมาณ 40 นาที โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยอ่านแบบฟอร์มพิกัดสิทธิผู้ป่วย และอ่านแบบสอบถามให้ครอบครัวผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมฟัง

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามภายในวันเดียวกัน

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รวบรวม โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ จำนวน 110 คน โดยสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติได้ คิดเป็นร้อยละ 100

9. เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2552 ถึงวันที่ 3 เมษายน 2552 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

#### การพิกัดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างคือญาติของผู้ป่วยกลุ่มข้อเข่าเสื่อมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นหลัก โดยจัดทำหนังสือขออนุญาตชี้แจงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการ รวมทั้งแจ้งให้ญาติผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับแต่ประการใด การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของญาติผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยต่อสาธารณชนได้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอรับการรับรองการดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับริหัสของข้อมูลแต่ละข้อ เพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

2. นำแบบสอบถามไปคำนวณด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

3. กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .01

4. สถิติที่ใช้ในการคำนวณดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละ

4.2 วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามแรงงูใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุ ข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุ ข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกเป็นรายด้าน แล้วประเมินระดับค่าเฉลี่ย

4.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบสอบถามความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามแรงงูใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุ ข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุ ข้อเข้าเสื่อม แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม โดยสถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) เทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่า $r$	ระดับความสัมพันธ์
0.70-0.90	สูง
0.30-0.69	ปานกลาง
0.29-ต่ำกว่า	ต่ำ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล และค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งได้จากการศึกษาบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 110 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน (ตารางที่ 3)

**ตอนที่ 2** ข้อมูล การสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล (ตารางที่ 4-20)

**ตอนที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน (ตารางที่ 20-24)

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตอนที่ 3: ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
≤ 25 ปี	15	13.6
26-35 ปี	20	18.2
36-45 ปี	38	34.5
46-55 ปี	24	21.8
56-65 ปี	9	8.2
66 ปีขึ้นไป	4	3.6
<b>เพศ</b>		
ชาย	31	28.2
หญิง	79	71.8
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	30	27.3
คู่	69	62.7
หม้าย	10	9.1
หย่า/แยกกันอยู่	1	0.9
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	99	90.0
อิสลาม	11	10.0

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ</b>		
คู่สมรส	11	10.0
บุตร	70	63.6
หลาน	23	20.9
พี่น้อง	3	2.7
อื่น ๆ (ลูกสะใภ้)	3	2.7
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้างทั่วไป	18	16.3
เกษตรกรกรรม	17	15.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	30.0
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	3	2.7
อื่น ๆ (งานบ้าน)	39	35.5
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	30	27.2
มัธยมศึกษา	25	22.7
ปวช./ปวส.	12	10.9
ปริญญาตรี	41	37.3
ปริญญาโท	2	1.8
<b>ระยะเวลาในการดูแล</b>		
0-1 ปี	35	31.9
มากกว่า 1 ปี -2 ปี	2	21.9
มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป	51	47.2

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 36-45 ปี มากที่สุด จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 เป็นเพศหญิง จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 มีสถานภาพกลุ่มมากที่สุด จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือศาสนาอิสลาม จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมากที่สุดคือเป็นบุตร จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3 มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 51 คน ร้อยละ 47.2

ตอนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะดีในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล และค่านิยมในการดูแล

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนของครอบครัว

การสนับสนุนของครอบครัวในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านอารมณ์	4.45	0.63	สูง
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.22	0.69	สูง
3. ด้านการประเมิน	4.19	0.65	สูง
4. ด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก	4.19	0.75	สูง
โดยรวม	4.21	0.89	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.21$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวสูงสุดคือ ด้านอารมณ์ ( $\bar{x} = 4.45$ ) รองลงมาคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{x} = 4.22$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ สูง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวต่ำสุด คือ ด้านการประเมิน และด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x} = 4.19$ ) อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน ด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก

การสนับสนุนของครอบครัวในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>1. ด้านอารมณ์</b>			
1. ให้กำลังใจเมื่อมีอาการปวด	4.45	0.63	สูง
2. สนใจและรับฟังเมื่อผู้สูงอายุแสดงถึงความกังวล	4.37	0.58	สูง
3. คอยห่วงใย ใต้ถาม อาการเจ็บป่วยอยู่เสมอ	4.33	0.62	สูง
4. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค	4.19	0.62	สูง
5. แนะนำให้เพื่อนฝูงรู้จักผู้สูงอายุ	4.02	0.79	สูง
<b>2. ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>			
1. อธิบายให้ทราบถึงภาวะการเจ็บป่วย การรักษา	4.23	0.71	สูง
2. ท่านมีเวลาเพื่อสอบถามข้อข้องใจจากแพทย์ทุกครั้ง	4.20	0.68	สูง
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสม	4.17	0.70	สูง
4. อธิบายให้ผู้สูงอายุทราบถึงอาการแทรกซ้อนของโรค	4.13	0.67	สูง
5. มีโอกาสพูดคุยเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ในแต่ละวัน	4.05	0.73	สูง
<b>3. ด้านการประเมิน</b>			
1. ท่านจะเตือนเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม	4.35	0.64	สูง
2. คอยบอกกล่าว ให้ลดการทำงานลงจากเดิม	4.32	0.63	สูง
3. บอกหรือแนะนำในสิ่งที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	4.30	0.56	สูง
4. ให้คำชมเชย เมื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	4.17	0.74	สูง
5. ท่านคอยเปรียบเทียบอาการของโรคกับผู้ป่วยรายอื่น	3.92	0.68	สูง
<b>4. ด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก</b>			
1. คอยปรนนิบัติไม่ให้อายุแรงยกของหนักหรือเหน็ดเหนื่อยเกินไป	4.26	0.69	สูง
2. ให้เงินไว้สำหรับซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือทำบุญ	4.24	0.75	สูง
3. ปรับปรุงสถานที่พักอาศัยให้เหมาะสม	4.21	0.87	สูง
4. ท่านให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันที่ทำเองไม่ได้	4.14	0.67	สูง
5. พยายามจัดหาอุปกรณ์ในการดำเนินชีวิต	4.10	0.77	สูง
โดยรวม	4.21	0.89	สูง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในคุณภาพการดูแล

ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล	X	SD	ระดับ
1. ด้านการคาดหวังในเชิงบวก	4.30	0.69	สูง
2. ด้านความรู้สึกร่วม	3.95	0.63	สูง
3. ด้านความรู้สึกรู้สึกถึงความไม่แน่นอน	3.96	0.82	สูง
โดยรวม	4.06	0.84	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อ เข้าเยี่ยมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.06$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มี ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในคุณภาพการดูแล คือ ด้านด้านการคาดหวังในเชิงบวก รองลงมาคือด้าน ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.96$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ย ความคาดหวังในคุณภาพการดูแลต่ำสุด คือ ด้านความรู้สึกร่วม โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.95$ )

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในคุณภาพการดูแลแบ่งตามองค์ประกอบ ด้านความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ด้านความรู้สึกพร้อม ด้านการคาดหวังในเชิงบวก

ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน</b>			
1. การมองว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมต่อไปเรื่อย ๆ เป็นสิ่งที่ดี	4.08	0.87	สูง
2. การรู้สึกกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากดูแลไม่ดี	4.07	0.76	สูง
3. การรู้สึกกังวลว่าจะได้รับการดูแลที่ไม่ดี	3.93	0.80	สูง
4. การเกรงว่าจะไม่สามารถดูแลได้ตามเป้าหมายที่วางไว้	3.79	0.87	สูง
<b>ด้านความรู้สึกพร้อม</b>			
1. การเชื่อว่าการดูแลที่ดีสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น	4.29	0.58	สูง
2. การเชื่อว่าตนสามารถให้การดูแลในแต่ละวันให้ดีขึ้นได้	3.96	0.75	สูง
3. การเชื่อว่าตนมีความรู้และความเข้าใจในการดูแล	3.79	0.77	สูง
4. การมองเห็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลให้ดีขึ้น	3.77	0.68	สูง
<b>ด้านการคาดหวังในเชิงบวก</b>			
1. การมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุมีความสำคัญ	4.46	0.58	สูง
2. การเห็นว่าอาการจะดีขึ้นถ้าเอาใจใส่ดูแล	4.28	0.70	สูง
3. การมีโอกาสได้ดูแลเป็นสิ่งที่ดี	4.22	0.75	สูง
4. ความเคารพนับถือที่มีจะช่วยให้การดูแลมีอาการดีขึ้น	4.13	0.73	สูง
โดยรวม	4.06	0.84	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ของครอบครัวที่ให้แกผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนด้านความรู้สึกไม่แน่นอน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.96$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ด้านความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน คือ การมองว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมต่อไปเรื่อย ๆ เป็นสิ่งที่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.08$ ) รองลงมาคือ ข้อการรู้สึกกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากดูแลไม่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.07$ ) และการรู้สึกกังวลว่าจะได้รับการดูแลที่ไม่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.93$ ) สำหรับข้อความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ด้านความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนต่ำสุด ได้แก่ การเกรงว่าจะไม่สามารถดูแลได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.79$ )

ส่วนความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวที่ให้แกผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ด้านความรู้สึกพร้อม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.95$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่

มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ด้านความรู้ถึงถึงความไม่แน่นอน คือ การเชื่อว่าการดูแลที่ดีที่สุดสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.29$ ) รองลงมาคือ ข้อการเชื่อว่าตนสามารถให้การดูแลในแต่ละวันให้ดีขึ้นได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=3.96$ ) และการมองเห็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลให้ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=3.79$ ) สำหรับข้อความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ด้านความรู้ถึงถึงความรู้สึกพร้อม ตำสุด ได้แก่ การมองเห็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลให้ดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=3.77$ )

ส่วนความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ของครอบครัวที่ให้แกผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ด้านความคาดหวังในเชิงบวก อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.30$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ด้านการคาดหวังในเชิงบวก คือ การมีชีวิตของผู้สูงอายุมิมีความสำคัญ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.46$ ) รองลงมาคือ ข้อการเห็นว่าอาการจะดีขึ้นถ้าเอาใจใส่ดูแล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.28$ ) และการมีโอกาสได้ดูแลเป็นสิ่งที่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.22$ ) สำหรับข้อความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ด้านความรู้ถึงถึงความรู้สึกพร้อม ตำสุด ได้แก่ ความเคารพนับถือที่มีจะช่วยให้การดูแลมีอาการดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.13$ )

#### ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติในการดูแล

ทัศนคติในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. องค์กรประกอบด้านแนวโน้มนในการปฏิบัติ	4.36	0.65	สูง
2. องค์กรประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก	3.90	0.92	สูง
3. องค์กรประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ	3.82	0.92	สูง
โดยรวม	4.06	0.84	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่า ทัศนคติในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แกผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.06$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลคือองค์กรประกอบด้านแนวโน้มนในการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.36$ ) รองลงมาองค์กรประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก คือ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=3.90$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลต่ำสุด คือ องค์กรประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=3.82$ )

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติในการดูแล แบ่งตามองค์ประกอบ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ด้านอารมณ์ ความรู้สึก และด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ

ทัศนคติในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>1.องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ</b>			
1. การได้รับการดูแลไปตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องสำคัญ	4.49	0.58	สูง
2. การคิดว่าอาหารเป็นสิ่งสำคัญ	4.37	0.71	สูง
3. การคิดว่าได้ใกล้ชิดคอยดูแลทำให้มีความเข้าใจกันมากขึ้น	4.18	0.71	สูง
4. การคิดว่าการช่วยฟื้นฟูสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี	3.40	1.5	สูง
5. การคิดว่าต้องดูแลเมื่ออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง	2.57	1.1	ปานกลาง
<b>2.องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก</b>			
1. การดูแลด้วยความรักและความเต็มใจ	4.36	0.70	สูง
2. การรู้สึกอดทนและใจเย็นในการดูแล	4.30	0.72	สูง
3. การเข้าใจในความรู้สึกการต้องพึ่งพาผู้อื่น	4.13	0.85	สูง
4. การคิดว่าการดูแลเป็นงานที่ทำท่าย	3.64	1.0	สูง
5. การควบคุมอารมณ์ในการให้การดูแล	3.09	1.35	สูง
<b>3.องค์ประกอบด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ</b>			
1. การพาไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	4.55	0.58	สูงมาก
2. การป้องกันอุบัติเหตุเป็นเรื่องสำคัญ	4.48	0.58	สูง
3. การยินดีเสียสละเวลาในการดูแล	4.38	0.60	สูง
4. การกระตุ้นให้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาการ	4.20	0.76	สูง
5. การส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในบ้าน และนอกบ้าน	4.20	0.73	สูง
โดยรวม	4.06	0.84	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า ทัศนคติในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่วัยสูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.82$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแล องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ คือ การได้รับการดูแลไปตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องสำคัญ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.49$ ) รองลงมาคือ ข้อการคิดว่าอาหารเป็นสิ่งสำคัญ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.37$ ) การคิดว่าได้ใกล้ชิดคอยดูแลทำให้มีความเข้าใจกันมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.18$ ) และการคิดว่าการช่วยฟื้นฟูสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.40$ ) สำหรับข้อทัศนคติในการ



ดูแล องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ต่ำสุด ได้แก่ การคิดว่าต้องดูแลเมื่ออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.57$ )

ทัศนคติในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.90$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแล องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก คือ การดูแลด้วยความรักและความเต็มใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.36$ ) รองลงมาคือ ข้อการรู้สึกอดทนและใจเย็นในการดูแล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.30$ ) การเข้าใจในความรู้สึกการต้องพึ่งพาผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.13$ ) และการคิดว่าการดูแลเป็นงานที่ท้าทาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.64$ ) สำหรับทัศนคติในการดูแล องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก ต่ำสุด ได้แก่ การควบคุมอารมณ์ในการให้การดูแล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.64$ )

ทัศนคติในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน องค์ประกอบด้านแนวโน้มในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.36$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแล องค์ประกอบด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ คือ การพาไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{x} = 4.55$ ) รองลงมาคือ ข้อการป้องกันอุบัติเหตุเป็นเรื่องสำคัญ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.48$ ) การยินดีเสียสละเวลาในการดูแล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.38$ ) สำหรับข้อทัศนคติในการดูแล องค์ประกอบด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ ต่ำสุด ได้แก่ การส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในบ้าน และนอกบ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.20$ ) และการกระตุ้นให้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.20$ )

#### ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจในการดูแล

แรงจูงใจในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านโรค	4.30	0.63	สูง
2. ด้านความพยายาม	4.24	0.67	สูง
3. ด้านความยากง่าย	4.22	0.63	สูง
4. ด้านความสามารถ	4.03	0.65	สูง
โดยรวม	4.21	0.91	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่า แรงจูงใจในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.19$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแล คือ ด้านโรค มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x} = 4.30$ ) รองลงมาคือด้านความพยายาม โดยมี

ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.24$ ) ด้านความยากง่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.22$ ) และส่วน  
ด้านที่มีค่าเฉลี่ยแรงงใจในการดูแลต่ำสุด คือ ด้านความสามารถโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ( $\bar{x} =$   
4.03)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงงใจในการดูแล แบ่งตามองค์ประกอบ  
ด้านความสามารถ ด้านความพยายาม ด้านความยากง่าย และด้านโรค

แรงงใจในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>1. ด้านความสามารถ</b>			
1. การช่วยกระตุ้น แนะนำในการบริหารเพื่อให้มีอาการดีขึ้น	4.22	0.63	สูง
2. การตัดสินใจที่จะให้การดูแลด้วยตัวเอง	4.03	0.70	สูง
3. ความสามารถในการดูแลได้อย่างถูกต้อง	3.84	0.65	สูง
<b>2. ด้านความพยายาม</b>			
1. การมุ่งมั่นที่จะดูแลโดยไม่คำนึงถึงสิ่งตอบแทน	4.39	0.57	สูง
2. การดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีอาการดีขึ้น	4.34	0.65	สูง
3. การดูแลด้วยความกระตือรือร้น	4.13	0.79	สูง
4. ความตั้งใจจะดูแลให้มีอาการดีขึ้นตามที่วางแผนไว้	4.13	0.69	สูง
<b>3. ด้านความยากง่าย</b>			
1. การพร้อมเสียสละ เงินทอง เวลา เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี	4.37	0.63	สูง
2. ความพยายามดูแลแม้จะเป็นสิ่งที่ยาก	4.23	0.63	สูง
3. ความอดทนที่จะดูแลต่อไป แม้ว่าจะเกิดความเหนื่อยล้า	4.19	0.65	สูง
4. การพาไปร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ แม้จะไม่ค่อยมีเวลา	4.12	0.70	สูง
<b>4. ด้านโรค</b>			
1. ทราบว่าความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี	4.39	0.62	สูง
2. ทราบว่าเป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	4.34	0.59	สูง
3. ทราบว่าจะสูญเสียภาพลักษณ์ จึงให้กำลังอยู่เสมอ	4.27	0.63	สูง
4. ทราบว่าต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน	4.20	0.70	สูง
โดยรวม	4.21	0.91	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่า แรงจูงใจในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ด้านความสามารถ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.03$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแล ด้านความสามารถ คือ การกระตุ้น แนะนำในการบริหารเพื่อให้มีอาการดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.22$ ) รองลงมาคือ ข้อการตัดสินใจที่จะให้การดูแลด้วยตัวเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.03$ ) สำหรับแรงจูงใจในการดูแล ด้านความสามารถต่ำสุด ได้แก่ ความสามารถในการดูแลได้อย่างถูกต้อง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.84$ )

แรงจูงใจในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ด้านความพยายาม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.24$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแล ด้านความพยายาม คือ การมุ่งมั่นที่จะดูแลโดยไม่คำนึงถึงสิ่งตอบแทน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.39$ ) รองลงมาคือ การดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีอาการดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.34$ ) สำหรับแรงจูงใจในการดูแล ด้านความพยายาม ต่ำสุด ได้แก่ ความตั้งใจจะดูแลให้มีอาการดีขึ้นตามที่วางแผนไว้ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.13$ ) และการดูแลด้วยความกระตือรือร้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.13$ )

แรงจูงใจในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนใน ด้านความยากง่าย อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.22$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแล ด้านความยากง่าย คือ การพร้อมเสียสละ เงินทอง เวลา เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.37$ ) รองลงมาคือ ความพยายามดูแลแม้จะเป็นสิ่งที่ยาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.23$ ) และการความอดทนที่จะดูแลต่อไป แม้ว่าจะเกิดความเหนื่อยล้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.19$ ) สำหรับแรงจูงใจในการดูแล ด้านความยากง่าย ต่ำสุด ได้แก่ การพาไปร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ แม้จะไม่ค่อยมีเวลา โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.12$ )

แรงจูงใจในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนใน ด้านโรค อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.30$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแล ด้านโรค คือ ทราบว่าความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.39$ ) รองลงมาคือ ทราบว่าเป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.34$ ) และทราบว่าจะสูญเสียภาพลักษณ์ จึงให้กำลังอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.27$ ) สำหรับแรงจูงใจในการดูแล ด้านโรค ต่ำสุด ได้แก่ ทราบว่าต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.20$ )

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสนใจในการดูแล

ความสนใจในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแล	4.44	0.60	สูง
2. การรับช่วยเหลือทันทีเมื่อมีปัญหา	4.44	0.57	สูง
3. การให้ความสำคัญในการดูแลทุก ๆ ด้าน	4.22	0.71	สูง
4. การรับมาดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีเวลา	4.20	0.63	สูง
5. การชวนขยายหาวิธีการดูแลให้อาการดีขึ้น	4.15	0.67	สูง
6. การชอบค้นคว้าหาวิธีการบริหารข้อเข่า	4.04	0.77	สูง
7. การเลือกที่จะดูแลด้วยตนเอง	4.03	0.75	สูง
8. มีความสุขในการดูแล	4.02	0.86	สูง
9. การสนใจอ่านหนังสือเกี่ยวกับการดูแล	3.98	0.75	สูง
10. การขอให้การดูแล	3.88	0.80	สูง
โดยรวม	4.13	0.90	สูง

จากตารางที่ 12 พบว่า ความสนใจในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.13$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ ความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.44$ ) การรับช่วยเหลือทันทีเมื่อมีปัญหา ( $\bar{x} = 4.44$ ) รองลงมาตามลำดับ คือการให้ความสำคัญในการดูแลทุก ๆ ด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.22$ ) การรับมาดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีเวลา ( $\bar{x} = 4.20$ ) การชวนขยายหาวิธีการดูแลให้อาการดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.15$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความสนใจในการดูแลต่ำสุด คือ การขอให้การดูแลโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.88$ )

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับค่านิยมในการดูแล

ค่านิยมในการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ค่านิยมทางจริยธรรม	4.43	0.69	สูง
2. ค่านิยมทางสังคม	4.41	0.61	สูง
3. ค่านิยมทางวัตถุ	4.40	0.59	สูง
4. ค่านิยมทางสุนทรีย์	4.37	0.66	สูง
5. ค่านิยมทางศาสนา	4.25	0.79	สูง
6. ค่านิยมด้านความจริง	4.23	0.72	สูง
โดยรวม	4.34	0.67	สูง

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่านิยมในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่วัยสูงอายุของผู้เข้าเล่มในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.34$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยค่านิยมในการดูแล คือ ด้านค่านิยมทางจริยธรรม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.43$ ) รองลงมาคือ ด้านค่านิยมทางสังคม ( $\bar{x} = 4.41$ ) ด้านค่านิยมทางวัตถุ ( $\bar{x} = 4.40$ ) ค่านิยมทางสุนทรีย์ ( $\bar{x} = 4.37$ ) ค่านิยมทางศาสนา ( $\bar{x} = 4.25$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยค่านิยมในการดูแลต่ำสุด คือ ด้านค่านิยมด้านความจริง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.23$ )

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับค่านิยมในการดูแล

ค่านิยมในการดูแล	X	SD	ระดับ
1. ค่านิยมทางจริยธรรม	4.43	0.69	สูง
1. ท่านเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณงามความดี	4.32	0.66	สูง
2. ท่านซาบซึ้งและยกย่องในสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยทำในอดีต	4.30	0.72	สูง
3. ท่านต้องการเพราะซาบซึ้งในความความดีที่เคยปฏิบัติต่อท่าน	4.28	0.71	สูง
2. ค่านิยมทางสังคม	4.41	0.61	สูง
1. ท่านต้องการให้คนในครอบครัวแสดงความรัก	4.47	0.60	สูง
2. ท่านต้องการส่งเสริมให้เห็นความสำคัญในการดูแล	4.41	0.59	สูง
3. ท่านต้องการให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแล	4.37	0.64	สูง
3. ค่านิยมทางวัตถุ	4.40	0.59	สูง
1. ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	4.53	0.55	สูง
2. ท่านสนใจปรับเปลี่ยนบ้านให้เหมาะสม	4.21	0.70	สูง
3. ท่านสนใจให้ผู้สูงอายุใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม	4.38	0.57	สูง
4. ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่เหมาะสม	4.51	0.57	สูง
4. ค่านิยมทางสุนทรีย	4.37	0.66	สูง
1. ท่านคิดว่าการดูแลเป็นความกตัญญู	4.36	0.68	สูง
2. ท่านคิดว่าการดูแลเป็นการทำหน้าที่ของท่าน	4.30	0.68	สูง
3. ท่านคิดว่าการดูแลเป็นหน้าที่ของทุกคน	4.47	0.64	สูง
4. ท่านคิดว่าการดูแลเป็นการทดแทนพระคุณที่ควรยึดถือ	4.36	0.67	สูง
5. ค่านิยมทางศาสนา	4.25	0.79	สูง
1. ท่านคิดว่าการดูแลเป็นการสร้างบุญกุศลต่อตัวท่าน	4.20	0.82	สูง
2. ท่านคิดว่าการดูแลจะส่งผลดีต่อชีวิตท่าน	4.24	0.79	สูง
3. ท่านคิดว่าทุกคนในครอบครัวควรกระทำเพื่อสร้างบุญ	4.31	0.76	สูง
6. ค่านิยมด้านความจริง	4.23	0.72	สูง
1. ท่านสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแล	4.18	0.76	สูง
2. ท่านสนใจซักถามวิธีการดูแลจากญาติ	4.24	0.73	สูง
3. ท่านชอบปรึกษาแพทย์ พยาบาล ในการดูแล	4.29	0.68	สูง
โดยรวม	4.34	0.93	

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระ ได้แก่ ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับ
1. ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล	.563*	ปานกลาง
2. ทักษะคติในการดูแล	.478*	ปานกลาง
3. แรงจูงใจในการดูแล	.615*	ปานกลาง
4. ความสนใจในการดูแล	.620*	ปานกลาง
5. ค่านิยมในการดูแล	.448*	ปานกลาง

\*P < .05

จากตารางที่ 15 พบว่าการความคาดหวังในคุณภาพการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ( $r=.563$ ) ทักษะคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ( $r=.478$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ( $r=.615$ ) ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ( $r=.620$ ) และค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ( $r=.448$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.591$ )

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแลกับทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล

ตัวแปร	การสนับสนุน	ความคาดหวัง	ทัศนคติ	แรงจูงใจ	ความสนใจ	ค่านิยม
1. การสนับสนุนของครอบครัว	1	.563*	.478*	.615*	.620*	.448*
2. ความคาดหวังในการดูแล	.563*	1	.375*	.591*	.647*	.389*
3. ทัศนคติในการดูแล	.478*	.357*	1	.543*	.463*	.496*
4. แรงจูงใจในการดูแล	.615*	.591*	.543*	1	.742*	.503*
5. ความสนใจในการดูแล	.620*	.647*	.463*	.742*	1	.522*
6. ค่านิยมในการดูแล	.448*	.389*	.496*	.503*	.522*	1

\* $P < .05$

จากตารางที่ 16 พบว่าความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล ( $r=.375$ ) ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ( $r=.591$ ) ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล ( $r=.647$ ) ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับค่านิยมในการดูแล ( $r=.389$ )

ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.357$ ) ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ( $r=.543$ ) ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล ( $r=.463$ ) ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับค่านิยมในการดูแล ( $r=.496$ )

แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.591$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล ( $r=.543$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสนใจในการดูแล ( $r=.742$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ( $r=.503$ )

ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.647$ ) ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล ( $r=.463$ ) ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการ



ดูแล ( $r=.742$ ) ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับค่านิยมในการดูแล ( $r=.522$ )

ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.389$ ) ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล ( $r=.496$ ) ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ( $r=.503$ ) ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล ( $r=.522$ )



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

#### สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับสูง
2. ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
3. ทักษะคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
4. แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
5. ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน
6. ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

**ประชากร** คือ บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุเกิน 18 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่นำผู้ป่วยสูงอายุข้อเข่าเสื่อมมารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล

#### การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณใช้เทคนิคของ Thorndike ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก โรงพยาบาลได้ 4 แห่ง แบบไม่แทนที่ จากโรงพยาบาลทั้งหมด 9 แห่ง จำแนกโรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของโรงพยาบาลคือ 1)โรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 7 แห่งคือโรงพยาบาลชุมพร ระนอง กระบี่ สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช ภูเก็ต 2)โรงพยาบาลประจำอำเภออีกจำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเกาะสมุย ตะกั่วป่า สุ่มจำนวนโรงพยาบาลจากจำนวนผู้มารับบริการ โดยใช้อัตราส่วน 3 : 1 ได้โรงพยาบาลจำนวน 4 แห่งสุ่มจำนวนประชากรตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกงานผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูก แต่ละแห่งซึ่งจากสุ่มได้โรงพยาบาล 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลเกาะสมุย จำนวน 10 ราย โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 20 ราย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 40 ราย จากโรงพยาบาลทั่วไป คือ โรงพยาบาลเกาะสมุย โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมข้อมูลคอมพิวเตอร์ ตามขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ ความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามแรงงูใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุ แบบสอบถามค่านิยมของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกเป็นรายด้าน แล้วประเมินระดับค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แรงงูใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุ ค่านิยมของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม กับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยสถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson's Product moment Correlation Coefficient) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์การค้น (Contingency Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมที่ให้การดูแล ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี มากที่สุด จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม มากที่สุดคือเป็นบุตร จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30 มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปมากที่สุดจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 47.2

2. การสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.26$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวคือ ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับสูง ( $\bar{X} = 4.45$ ) รองลงมาคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.22$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวต่ำสุด คือ ด้านวัตถุ เงินทอง และความสะดวก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.19$ ) และด้าน การประเมิน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.19$ )

3. ความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน จากผลการวิจัย พบว่าอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.07$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในคุณภาพการดูแล คือ ด้านการคาดหวังในเชิงบวกมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.30$ )

4. ทักษะคติในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.02$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยทักษะคติในการดูแล คือ องค์ประกอบด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ( $\bar{X} = 4.36$ ) รองลงมาคือ องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก คือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.90$ )

5. แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.19$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแล คือ ด้านโรค มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.30$ ) รองลงมาคือด้านความพยายาม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.24$ )

6. ความสนใจในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.14$ ) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ ความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.44$ ) การริบช่วยเหลือทันทีเมื่อมีปัญหา ( $\bar{X} = 4.44$ ) รองลงมาตามลำดับ คือการให้ความสำคัญในการดูแลทุก ๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.22$ )

7. ค่านิยมในการดูแล ของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.34$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยค่านิยมในการดูแล คือ ด้านค่านิยมทางจริยธรรม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.43$ ) รองลงมาคือ ด้านค่านิยมทางสังคม ( $\bar{X} = 4.41$ )

8. ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงงูใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

8.1 ความคาดหวังในคุณภาพการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

8.2 ทักษะคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

8.3 แรงงูใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

8.4 ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

8.5 ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

9. ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงงูใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

9.1 ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะคติในการดูแล ( $r = .375$ ) ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงงูใจในการดูแล ( $r = .591$ ) ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล ( $r = .647$ ) ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับค่านิยมในการดูแล ( $r = .389$ )

9.2 ทักษะคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r = .357$ ) ทักษะคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงงูใจในการดูแล ( $r = .543$ ) ทักษะคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ

ความสนใจในการดูแล ( $r=.463$ ) ทักษะคิดในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความค่านิยมในการดูแล ( $r=.496$ )

9.3 แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.591$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะคิดในการดูแล ( $r=.543$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสนใจในการดูแล ( $r=.742$ ) แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ( $r=.503$ )

9.4 ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.647$ ) ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะคิดในการดูแล ( $r=.463$ ) ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ( $r=.742$ ) ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับค่านิยมในการดูแล ( $r=.522$ )

9.5 ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ( $r=.389$ ) ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะคิดในการดูแล ( $r=.496$ ) ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ( $r=.503$ ) ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล ( $r=.522$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามปัญหา และสมมติฐานดังนี้

1. การสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.26 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านอารมณ์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 รองลงมาคือ ด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านวัตถุ เงินทอง ความสะดวก และด้านการประเมิน แต่ยังมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่สูงเหมือน 2 ด้านแรก ดังกล่าว ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งในครอบครัวเจ็บป่วย นั้นหมายถึง ความเจ็บปวด ความพิการจากโรคที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลรอบข้างสนใจในตัวของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมากขึ้น โดยเฉพาะการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจพร้อมที่จะต่อสู้กับโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กชชุกร หว่างนุ่น (2550) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคกระเร็งที่รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.67$ ) และการสนับสนุนทางสังคมที่มีระดับสูงที่สุดคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ วรณนา กุมารจันทร์ (2543) ว่า

ผู้สูงอายุที่ได้รับความรัก ความห่วงใย และไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน เป็นการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้สูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี และผู้สูงอายุยังมีการออกไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้วยกัน ร่วมกับปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ข่าวสารทางด้านการดูแลสุขภาพได้ง่าย สอดคล้องกับของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2552) ผู้สูงอายุมีสติในเขตภาคใต้ตอนบน มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการที่ผู้สูงอายุขอเข้าเชื่อมอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวที่ประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เป็นผู้ที่คอยให้การสนับสนุนทั้งทางด้านความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ เงิน ความสะดวกสบาย และบริการในด้านต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม และสภาพสังคมไทยจะให้ความเคารพยกย่องและให้เกียรติผู้ที่อาวุโสกว่า ส่งผลต่อผู้สูงอายุขอเข้าเชื่อมรู้สึกถึงความภาคภูมิใจในตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

**2. ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัว**  
**ที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเข้าเชื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน** จากผลการศึกษาคาดหวังในคุณภาพการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเข้าเชื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 2 หมายความว่า ความคาดหวังในคุณภาพการดูแลดี จะมีระดับการสนับสนุนของครอบครัวสูง ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มีความคาดหวังในคุณภาพการดูแลไม่ดี จะมีระดับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำ ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุขอเข้าเชื่อม โดยความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 คือบุตร จึงกล่าวได้ว่า บุคคลในครอบครัวมีความคาดหวังหรือคาดการณ์ในการกระทำของตนเองเพื่อต้องการให้การดูแลที่ดีและช่วยสนับสนุน ยืนหยัดแน่วแน่ในสิ่งที่ตนคาดหวัง ทำให้เกิดความเข้มแข็ง กล้าหาญ พร้อมทั้งจะเผชิญ และผ่านเหตุการณ์ที่ยุ้งยากไปให้ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวที่ใกล้ชิด ผูกพัน เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่บุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่ามีผู้ร่วมแบ่งปันความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเพ็ญ ดันดิเวสและ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร(2546) ที่ได้ศึกษาการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพไทย: ความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพ พบว่า การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ในองค์ประกอบที่สอง ได้แก่ การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประชาชนคาดหวังว่าจะ สามารถได้รับความช่วยเหลือจากญาติมิตรเมื่อเจ็บป่วย ซึ่ง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความคาดหวังในเชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.30 โดยเฉพาะการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุมีความสำคัญ และเห็นว่าอาการของผู้สูงอายุจะดีขึ้นถ้าเอาใจใส่ดูแล

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน** จากผลการศึกษาทัศนคติในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 3 หมายความว่า ทัศนคติในการดูแลดี จะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง ในขณะที่เดียวกัน ผู้ที่มีทัศนคติในการดูแลไม่ดี จะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ ในการศึกษาจึงกล่าวได้ว่า การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีทัศนคติในการดูแลที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ซึ่งมีความสำคัญมาก จะช่วยทำให้ครอบครัวยอมรับผู้สูงอายุ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือ หรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างดี มองเห็นว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่าพอใจ และเกิดความพึงพอใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลลดความตึงเครียดด้านจิตใจ อารมณ์และ มีการปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม จะมีการแสดงออกที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการฉกฉวยควบคุมโรคผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาหลวง จ.กาฬสินธุ์ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีทัศนคติสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติต่ำ

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน** จากผลการศึกษาแรงจูงใจในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ว่า แรงจูงใจในการดูแลกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน กล่าวคือ แรงจูงใจ จะเป็นแรงเสริมให้ให้เกิดการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคณะ (2551) ที่พบว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรให้ความรู้ คำแนะนำในด้านการดูแลสุขภาพ โดยอธิบายให้เหตุผล ที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีเป้าหมายและเกิดแรงจูงใจในการสร้างความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัว แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ได้ศึกษาการจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน พบว่าผู้สูงอายุมีการจูงใจตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 64 อาศัยอยู่กับครอบครัวขยายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว ชลธิชา จันทศิริ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี



กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม มีการจงใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความสนใจในการดูแลกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน จากผลการศึกษาค่าความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 5 หมายความว่า ความสนใจในการดูแลดี จะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีความสนใจในการดูแลไม่ดี จะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ ในการศึกษาจึงกล่าวได้ว่า การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสนใจในการดูแลที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ซึ่งมีความสำคัญมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ แสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองจากบุคคลในครอบครัว และจากคนที่ม่ประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน

6. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในการดูแลกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน จากผลการศึกษาค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 6 หมายความว่า ค่านิยมในการดูแลดี จะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง ในขณะเดียวกันผู้ที่มีค่านิยมในการดูแลไม่ดี จะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ ในการศึกษาจึงกล่าวได้ว่า การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีค่านิยมในการดูแลที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ซึ่งเป็นความรู้สึกร่วมของครอบครัวที่จะช่วยกันปรับตัวและจัดการแก้ไขผลกระทบที่เกิดกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมและครอบครัวในทางที่ดี สอดคล้องกับ ศรีเพ็ญตันติเวส และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2546) ได้กล่าวว่า กลุ่มบุคคลที่ได้รับความเคารพจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ คือกลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะได้รับความเคารพและการปฏิบัติตัวที่ดีจากผู้ให้บริการ และการให้ความเคารพเป็นเรื่องของค่านิยมที่เป็นที่ยอมรับในประเทศไทย

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล และค่านิยมในการดูแล จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล ความคาดหวังในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับค่านิยมในการดูแล

ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล ทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความค่านิยมในการดูแล

แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสนใจในการดูแล แรงจูงใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล

ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับค่านิยมในการดูแล

ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังในการดูแล ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติในการดูแล ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสนใจในการดูแล

ความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล และค่านิยมในการดูแล มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 หมายความว่า ปัจจัยเหล่านี้ทุกตัวมีความสัมพันธ์กันในทางบวก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ(ประเทือง สุขสุวรรณ, 2534) ในการดูแลผู้สูงอายุช้อเข้าเสื่อม ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความ โดยอาศัยประสบการณ์เดิม เป็นเครื่องช่วย ดังนั้นการวัดความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล และค่านิยมในการดูแล จึงเป็นการวัดการรับรู้ที่บุคคลแสดงออกมา โดยรวม สอดคล้องกับ Freeman (1978) ที่กล่าวว่า อิทธิพลของการรับรู้ทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลดังนี้ 1) บุคคลอาจจะเกิดความประทับใจไปนาน เมื่อได้รับรู้พฤติกรรมของบุคคลอื่น 2) การรับรู้ในทางชอบและพอใจนำไปสู่พฤติกรรมตอบสนองที่ดี

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุช้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ดังนี้

1. เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้อย่างต่อเนื่อง โดยนำไปจัดด้านความคาดหวังในคุณภาพการดูแล ทักษะคติในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล ความสนใจในการดูแล ค่านิยมในการดูแล กับการสนับสนุนของ ครอบครัวที่ให้แกผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวจากกลุ่มสมรส บุตร หลาน ญาติพี่น้อง บุคคลใกล้ชิด ให้การสนับสนุนในระดับที่สูง แต่เป็นการศึกษาทางหนึ่งที่น่ามาประเมิน หากมีการติดตามหรือศึกษางานวิจัยที่ลึกลงไปว่าการสนับสนุนจากครอบครัวที่ได้รับไปมีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะถ้าผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง หากเกิดอาการเจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน เช่น ปวดจนไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ในตอนกลางคืน เป็นเวลานาน ก็ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการอื่น ๆ ตามมา หรือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็จะประสบกับความยุ่งยาก ทำให้คุณภาพชีวิตแยกลง ดังนั้น

1.1 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุน ทำให้เกิดความรัก ความใกล้ชิด ความอบอุ่น ทำให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม

1.2. พยาบาลควรให้ความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติตัว เมื่อได้รับการรักษาโรคข้อเข้าเสื่อม โดยให้ญาติรับทราบแนวทางการดูแล เพราะผู้สูงอายุอาจจะจำในสิ่งที่พยาบาลสอน หรือแนะนำไม่ได้หมดทุกเรื่อง ควรทบทวนการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองเป็นระยะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพราะผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมจะมีปัญหาในเรื่องของการเดิน การลุก การนั่ง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ตามความรุนแรงของข้อเข้า ซึ่งในช่วงดังกล่าวครอบครัวต้องเข้ามาให้การดูแล สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

1.3 พยาบาลควรเป็นที่ปรึกษาในด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล เช่น เป็นผู้หาแหล่งประโยชน์ เป็นผู้ส่งต่อในทีมสุขภาพ หรือเป็นผู้ประสานงานให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นการส่งเสริมให้ได้รับประสบการณ์ที่ดี เพื่อนำไปเป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมที่ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่มีครอบครัวให้การสนับสนุน ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมเหล่านั้น

2. ควรศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ที่ต้องดูแลตนเองตามลำพัง เพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

3. ควรขยายผลการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดสู่การพัฒนา นำปัจจัยที่ศึกษามาจัดกระทำเพื่อสนับสนุนทางการพยาบาล เช่น การสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ ไปจัดกระทำในรูปแบบ intervention อาจเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกวรรณ คุ้มวงศ์. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพี่เลี้ยงต่อการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กนกพร สุก้าวัง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา แซ่ซิด. (2547). ความคาดหวัง และการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กรรณิการ์ คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขนิษฐา นาคะ. (2542). วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญตา ตรีสกุล. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ เสน่ห์วงศ์. (2548). การสนับสนุนของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัวและ  
การบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขต  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ  
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภา ไตรรัตน์ และคณะ. (2547). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฑามาศ วงศ์นนทา. (2541). การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรง  
สนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วย  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา ทองชื่น. (2545). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา รณฤทธิชัยและวิไลวรรณ ทองเจริญ.(2528). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด.
- จำเนียร ช่างโชติ.(2533). จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รามคำแหง.
- เจิง สู่ย. (2543). การสนับสนุนจากครอบครัวและอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาติชาย ภูกาญจนมรกต. (2547). ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทโอสถistik พับลิชชิ่ง  
จำกัด.
- ชุมพร รุ่งเรือง. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน  
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหา  
บัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2549). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ช่ง จินผิง. (2543). การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้มีการมองเห็นเสื่อม.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตเวทย์ ตุมราศวิน. (2538). ตำราโรคข้อ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- ทัศนีย์ รวีรกุล. (2543). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2546). ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผกากรอง ตั้งสุขล. (2544). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปชานันท์ ตันติโกสุม. (2549). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.18(3)(กันยายน-ธันวาคม): 24
- ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2540). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประเทือง สุขสุวรรณ.(2534). การศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของครูต่อสภาพแวดล้อมโรงเรียนของโรงเรียนเอกชน ในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ สาขาสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลมาลีชาติ แสงเขียว. (2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลี ยิ้มพัฒน์. (2539). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด 9119 เทคนิควรรณคดี.
- มารีสา สุวรรณราช.(2544). ความปวด การจัดการกับความปวด ภาวะสุขภาพ ข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณมา กุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- แหวดาว ทวีชัย. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภร เชียรมนตรี. (2547). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร. (2545). ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัจจา ทาโต. (2549). เอกสารคำสอน รายวิชา วิธีวิทยาการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนี สุวรรณพสุ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2544). ปัจจัยบางประการ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา. ราชบัณฑิตยสถานสาร. 7(1) (มกราคม-เมษายน): 135-138.
- สมยศ ศรีจารนัย และคณะ. (2542). พฤติกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะการคุ้มครองโรคผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขากวาง จ.กาฬสินธุ์. (online) แหล่งที่มา [www.hrsi.go.th](http://www.hrsi.go.th)



- สุรพล พะยอมแย้ม. (2548). **จิตวิทยาสัมพันธ์ภาพ**. กาญจนบุรี: สหายพัฒนาการพิมพ์.
- สิริสุตา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่  
กระตือรือร้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภิต ทิพย์รัตน์. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม  
ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภา หอยสังข์. (2541). ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของ  
ผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม. (2543). การจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน. (online) แหล่งที่มา [www.hrsi.go.th](http://www.hrsi.go.th)
- ยุวดี กฤษวัฒนากรณ์. (2537). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในเคหะชุมชน  
ทุ่งสองห้อง. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรณพ ทองคำ. (2546). การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็น  
ซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรสา กาพรัตน์. (2545). ผลการนัดหมายไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชัย คงเสรีพงศ์. (2542). **Lecture Notes on Orthopaedics and Fracture**. กรุงเทพฯ:  
บ.บุ๊คเน็ต จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. กรุงเทพฯ: คณะแพทย  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Adam, C., Eckstein, F., Milz, S., & Putz, R. (1998). The distribution of cartilage thickness within  
the joint of the lower limb of elderly individuals. **J. Anat.** 193: 203-214.
- Adrian, W. (2006). Osteoarthritis of the knee and introduction. **Acupuncture in medicine.**  
24(supp): 1-6.

- Angela, S. S., Linda, & C. H.(1996). **Essentials of Gerontological Nursing Adaptation to the Aging Process**. J.B.Lippicott Company. Philadelphia. U.S.A.
- Bijlsma, J. W. (2007). Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. **Best Practice & Reserch clinical Rheumatology**.21(1): 59-76.
- Charlotte, E. (2001). **Gerontological Nursing**. 5 edition. Lippincott Williams & Wikins. Philadelphia. U.S.A.
- Hall, C. M., Mockett, P. S., & Doherty, M. (2005). The effect of knee pain and knee osteoarthritis on balance and function. **Physiotherapy**. 91(1): 54.
- Jakobsson, U.,& Hallberg, R. I. (2006). Quality of life among older adult with osteoarthritis. **Journal of Gerontological Nursing**. 32(8): 51-60.
- Kapstad, K., Rustoen, T., Hanestad, B.R., Moum, T., Langeland, N., & Stavem, K. (2007). **Changes in pain, stiffness and physical function in patients with osteoarthritis waiting for hip or knee joint replacement surgery**. The Norwegian System of Compensation to Patients. Faculty of Nursing Education. Oslo University College. Oslo. Norway
- Mandeville, D., Osternig, R. L., & Chou, L.(2007). The effect of total knee replacement on dynamic support of the body during walking and stair ascent. **Osteoarthritis and Cartilage**.15(7): 873-843.
- McHugh, A. G., Silman, A. J. & Luker, A. K. (2007). Quality of care for people with osteoarthritis: A aqulitative study. **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness in association with Journal of Clinical Nursing** (16): 168-176.
- Phipps, W. J. (1999). Chronic illness and rehabilitation. In W.J.Phipps, J.K.Sands & J.F. Marck (Eds.), **Medical-Surgical Nursing: Concepts& clinical practice**: 126-162.
- White, A. (2006). Osteoarthritis of the knee- an introduction. **Acupuncture in Medicine**. 24(Suppl): S1-6.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

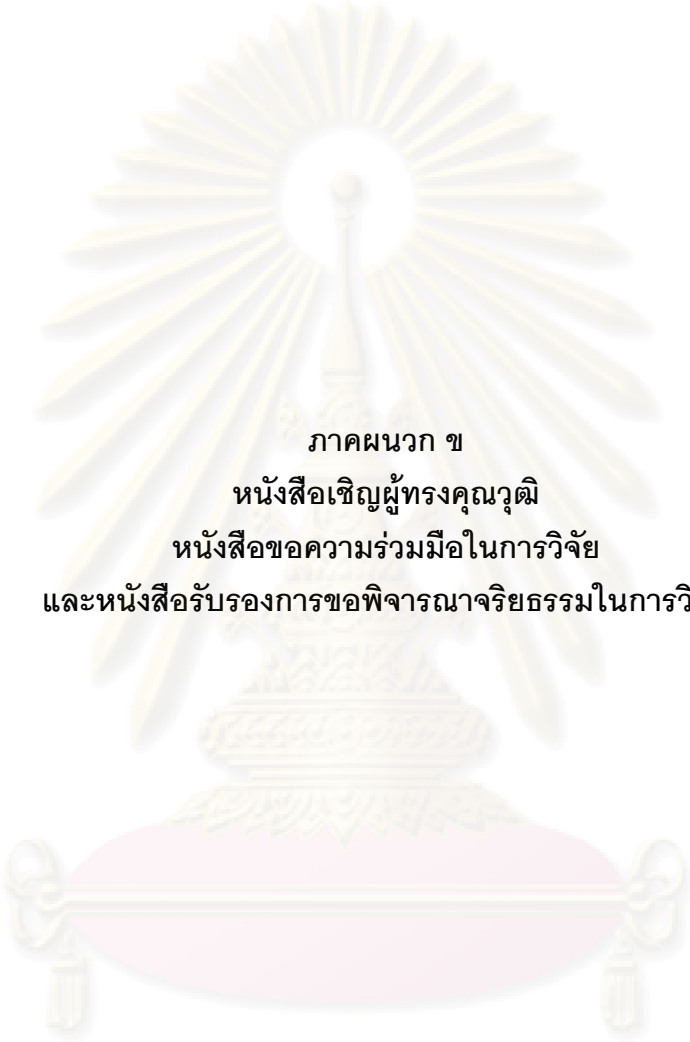
ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- |  |  |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ    | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์                 |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มุลศิลป์ | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์                 |
| 3. นายแพทย์ วีระศักดิ์ วิริยานนท์            | นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลเกาะสมุย           |
| 4. นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์              | พยาบาลวิชาชีพ<br>โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| 5. นางสาวชุลี ภูทอง พยาบาลวิชาชีพ            | โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์                    |



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย  
และหนังสือรับรองการขอพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ มีนาคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

ศูนย์วิทยพัทธพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ มีนาคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัดย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัดย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเกษมสมุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ชีระศักดิ์ วิจารณ์นัท นายแพทย์ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ชีระศักดิ์ วิจารณ์นัท

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ พยาบาลวิชาชีพ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวชุลี ภูทอง พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวชุลี ภูทอง

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมสมุย

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ดาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 10 คน จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม แบบสอบถามความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม แบบสอบถามค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม และแบบสอบถามแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุช้อเช่าเสื่อม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุญตา ดาวรวัชรกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวบุญตา ดาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม และแบบสอบถามแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม และแบบสอบถามแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

เนื่องด้วย นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม แบบสอบถามค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม และแบบสอบถามแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล โทร. 08-3790-2099

AF 01-11



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 019/2552

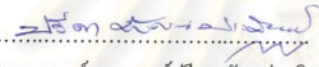
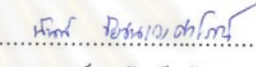
## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 098.1/51 : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล นิสิตระดับมหาบัณฑิต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  ลงนาม.....   
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัชชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 มกราคม 2552 วันหมดอายุ : 26 มกราคม 2553

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 098.1/51  
วันที่รับรอง 27 ส.ค. 2552  
วันหมดอายุ 26 ส.ค. 2553

## เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ออกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปีก่อนใบรับรองหมดอายุ เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



AF 04-09

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย... ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม เขตภาคใต้ตอนบน....

ชื่อผู้วิจัย...นางสาวบุญตา ดาววิชรกุล.....ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพ 7.....  
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเกาะสมุย 61 หมู่ 1 ตำบลอ่างทอง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี  
(ที่บ้าน) 243/83 ซอยอำเภอ 12 ม.4 ตำบลมะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี.....  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 077-421232,421399,421322ต่อ.2018... โทรศัพท์ที่บ้าน 077-420970.....  
โทรศัพท์มือถือ083-7902099,085-7887366 E-mail:boontataw@hotmail.com.....

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โครงการนี้ เป็นการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร คือ ความความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุทัศนคติในการดูแลของครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลของครอบครัว ความสนใจในการดูแลของครอบครัว ค่านิยมในการดูแลของครอบครัว ที่มีกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน

โดยกลุ่มประชากรคือ ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 40 คน โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 20 คน และ โรงพยาบาลเกาะสมุย จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 110 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มประชากรคือ ต้องเป็นคนในครอบครัวของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ได้แก่ คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน เกณฑ์ในการคัดออก ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม เป็นบุคคลที่เข่นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้โดยกลุ่มประชากรจะใช้เกณฑ์วิธีการสุ่มเลือกแบบคนเว้นคน

วิธีการ โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ตอบแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด ซึ่งประกอบด้วย 7 ส่วน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ณ บริเวณห้องรอตรวจรักษาโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมและญาติ ในการพัฒนาความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมระหว่างครอบครัวและผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาด้านวิชาการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิปฏิเสธการตอบเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม หากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วม



เลขที่โครงการวิจัย 099.1/51  
วันที่รับรอง 27 ส.ค. 2552  
วันที่ทบทวน 26 ส.ค. 2553

1/2

ปรับปรุงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2551

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 04-09

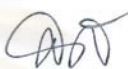
โครงการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการจ่าย  
ค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

หากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)"



เลขที่โครงการวิจัย ..... ๐๙๘.๑/๕๑ .....  
27 ส.ค. 2552  
วันที่รับรอง .....  
26 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ .....

  
(พ.ร.อ.บ.บ.ดร.สี รังษิ์ รัตนะ)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

2/2

ปรับปรุงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2551

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

### เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้

### ตอนบน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบวัดความคาดหวังของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

ส่วนที่ 5 แบบวัดแรงจูงใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

ส่วนที่ 6 แบบวัดความสนใจของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

ส่วนที่ 7 แบบวัดค่านิยมของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย( / )หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  
 ม้าย  หย่า
4. ศาสนา  พุทธ  อิสลาม  
 คริสต์  อื่น ๆ ระบุ.....
5. เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็น  คู่สมรส  บุตร  
 หลาน  พี่/น้อง  
 อื่น ๆ.....
6. อาชีพ.....
7. ระดับการศึกษา.....
8. รายได้ของครอบครัว(บาท/เดือน).....
9. ระยะเวลาในการดูแล(วัน/ปี).....

## ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่สอดคล้องกับความรู้สึกรหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- |   |                             |   |                    |
|---|-----------------------------|---|--------------------|
| 5 | หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง    | 4 | หมายถึงเห็นด้วย    |
| 3 | หมายถึงไม่แน่ใจ             | 2 | หมายถึงไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |   |                    |

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
1. ท่านแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคแก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมเสมอ						.....
2. เมื่อผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมแสดงออกถึงความกังวล ไม่สบายใจ ท่านจะสนใจและรับฟังท่าน						.....
3. ท่านคอยห่วงใย ใต้ถาม อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมเสมอ						.....
4. ท่านจะแนะนำเพื่อนฝูงหรือผู้มีฐานะมาติดต่อให้รู้จักผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....
5. ท่านแสดงความเป็นห่วงและให้กำลังใจผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมเมื่อมีอาการปวด						.....
6. ท่านจะอธิบายให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมทราบถึงภาวะการณ์เจ็บป่วย การรักษาของแพทย์ เมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล						.....
7. ท่านมีเวลาพบแพทย์เพื่อสอบถามข้อข้องใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมและบอกให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมทราบ						.....
8. ท่านอธิบายให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมทราบถึงอาการแทรกซ้อนของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น						.....
9. ท่านได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....
10. ท่านมีโอกาสได้พูดคุยและเล่าเรื่องราวต่างๆ แต่ละวันกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
11. ท่านจะคอยบอกเล่าข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบอาการของโรคกับผู้ป่วยรายอื่นให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมทราบ						.....
12. ท่านคอยบอกกล่าวให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ควรลดการทำงานลงจากเดิม						.....
13. ท่านจะเตือนผู้สูงอายุเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคข้อเข้าเสื่อม						.....
14. ท่านจะบอกหรือแนะนำในสิ่งที่คุณสูงอายุข้อเข้าเสื่อมปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง						.....
15. ท่านจะให้คำชมเชย เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง						.....
16. ท่านให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ท่านทำเองไม่ได้						.....
17. ท่านจะคอยดูแลปรับนิบัติผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไม่ให้ต้องใช้แรงยกของหนักหรือทำงานหนักเหนื่อยเกินไป						.....
18. ท่านพยายามจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม เช่น ไม้เท้า รถเข็น ฯลฯ						.....
19. ท่านปรับปรุงสถานที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม เช่น ส้วมชักโครก ราวยึดเกาะในห้องน้ำ						.....
20. ท่านให้เงินผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไว้สำหรับซื้อของเล็กๆ น้อยๆ หรือทำบุญตามศรัทธา						.....

### ส่วนที่ 3 แบบวัดความคาดหวังในคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่สอดคล้องกับความรู้สึกรหรือ  
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- |   |                             |   |                    |
|---|-----------------------------|---|--------------------|
| 5 | หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง    | 4 | หมายถึงเห็นด้วย    |
| 3 | หมายถึงไม่แน่ใจ             | 2 | หมายถึงไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |   |                    |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
1. ท่านมองว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมต่อไปเรื่อยๆ เป็นสิ่งที่ดี						.....
2. ท่านรู้สึกกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากท่านดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมได้ไม่ดี						.....
3. ท่านเกรงว่าจะไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้						.....
4. บางครั้งท่านรู้สึกกังวลว่าผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอ						.....
5. ท่านเชื่อว่าตนสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมในแต่ละวันให้ดีขึ้นได้						.....
6. ท่านเชื่อว่าตนมีความรู้และเข้าใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม						.....
7. ท่านมองเห็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมให้ดีขึ้น						.....
8. ท่านเชื่อว่าผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลที่ดีสามารถทำให้ผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมมีอาการดีขึ้น						.....
9. ท่านคิดว่าความเคารพนับถือที่ท่านมีต่อผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม จะช่วยให้ท่านดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมให้มีอาการดีขึ้นได้						.....
10. ท่านคิดว่ากรณีที่มิโอกาสได้ดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมเป็นสิ่งที่ดี						.....
11. ท่านเห็นว่าอาการของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมจะดีขึ้นถ้าท่านเอาใจใส่ดูแล						.....
12. การมีชีวิตของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมมีความสำคัญต่อท่าน						.....

#### ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเล่ม

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่สอดคล้องกับความรู้สึกรหรือ  
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

5	หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	หมายถึงเห็นด้วย
3	หมายถึงไม่แน่ใจ	2	หมายถึงไม่เห็นด้วย
1	หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
1. ท่านคิดว่าการดูแลให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มไปตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องสำคัญ						.....
2. ท่านคิดว่าอาหารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุข้อเข้าเล่ม						.....
3. ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มเป็นการสิ้นเปลืองและเสียเวลา						.....
4. ท่านคิดว่าการได้ใกล้ชิดคอยดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มจะทำให้ท่านเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น						.....
5. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มเหมือนกับการดูแลคนเจ็บป่วยเรื้อรัง						.....
6. ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มด้วยความรักและความเต็มใจ						.....
7. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มจะต้องใช้ความอดทนและใจเย็นมากขึ้น						.....
8. ท่านคิดว่าสภาพผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มต้องพึ่งพาผู้ดูแล						.....
9. ท่านมักมีอารมณ์ฉุนเฉียวเวลาผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มไม่ทำตามที่ท่านบอก						.....
10. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเล่ม เป็นงานที่ทำทนายและน่าสนใจ						.....
11. เมื่อท่านมีโอกาจะส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเล่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน						.....



ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
12. ท่านคิดว่าการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุข้อเข้า เสื่อมเป็นเรื่องสำคัญ						.....
13. ท่านจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับอาการที่เป็นอยู่						.....
14. ท่านจะพาผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมไปรับการรักษาตามแพทย์ นัดอย่างสม่ำเสมอ						.....
15. ท่านยินดีเสียสละเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุข้อเข้า เสื่อม						.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 5 แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่สอดคล้องกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- |   |                             |   |                    |
|---|-----------------------------|---|--------------------|
| 5 | หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง    | 4 | หมายถึงเห็นด้วย    |
| 3 | หมายถึงไม่แน่ใจ             | 2 | หมายถึงไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |   |                    |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
1. ท่านมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้อย่างถูกต้อง						.....
2. ท่านตัดสินใจที่จะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมด้วยตัวท่านเอง						.....
3. ท่านช่วยกระตุ้น แนะนำ ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในการบริหารข้อเข้าเพื่อให้มีอาการดีขึ้น						.....
4. ท่านตั้งใจจะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้มีอาการดีขึ้นตามที่ท่านวางแผนไว้						.....
5. ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีอาการดีขึ้น						.....
6. ท่านดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมด้วยความกระตือรือร้น						.....
7. ท่านมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมโดยไม่คำนึงถึงสิ่งตอบแทน						.....
8. ท่านอดทนที่จะดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมต่อไป แม้ว่าท่านจะเกิดความเหนื่อยล้า						.....
9. ท่านจะพยายามในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมให้ดีขึ้น แม้จะเป็นสิ่งที่ยากสำหรับท่าน						.....
10. ท่านจะพาผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอแม้จะไม่ค่อยมีเวลาเพราะคิดเสมอว่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมมีสุขภาพที่ดีได้						.....
11. ท่านพร้อมจะเสียสละ เงินทอง และเวลา เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี						.....

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
12. ท่านทราบว่าข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง						.....
13. ท่านทราบว่าความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นหากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่ดี						.....
14. ท่านทราบว่าต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน เช่น การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดี						.....
15. ท่านทราบว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมจะสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ท่านจึงให้กำลังใจผู้สูงอายุเสมอ						.....


  
 ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 6 แบบวัดความสนใจในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่สอดคล้องกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- |   |                             |   |                    |
|---|-----------------------------|---|--------------------|
| 5 | หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง    | 4 | หมายถึงเห็นด้วย    |
| 3 | หมายถึงไม่แน่ใจ             | 2 | หมายถึงไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |   |                    |

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
1. ท่านชอบให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม						.....
2. ท่านเลือกที่จะดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมด้วยตนเอง						.....
3. ท่านกระตือรือร้นและให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมในทุก ๆ ด้าน เช่น การบริหารข้อเช่า การรับประทานอาหาร						.....
4. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม						.....
5. เมื่อมีเวลาท่านจะรีบมาดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม						.....
6. ท่านชอบค้นคว้าหาความรู้เพื่อหาวิธีการบริหารข้อเช่าให้แก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ						.....
7. ท่านชวนหาวิธีต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมให้มีอาการดีขึ้น						.....
8. ท่านสนใจอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม						.....
9. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมให้มีอาการดีขึ้น						.....
10. ท่านจะรีบช่วยเหลือผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมทันทีเมื่อมีปัญหา						.....

ศูนย์วิทยุโทรพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 7 แบบวัดค่านิยมในการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่สอดคล้องกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- |   |                             |   |                    |
|---|-----------------------------|---|--------------------|
| 5 | หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง    | 4 | หมายถึงเห็นด้วย    |
| 3 | หมายถึงไม่แน่ใจ             | 2 | หมายถึงไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |   |                    |

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
1. ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์						.....
2. ท่านสนใจปรับเปลี่ยนบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....
3. ท่านสนใจให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมในการเคลื่อนไหวร่างกาย						.....
4. ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้รับการรักษาที่เหมาะสม ถูกต้อง						.....
5. ท่านต้องการให้คนในครอบครัวแสดงความรักต่อผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....
6. ท่านต้องการให้มีการส่งเสริมให้คนในครอบครัวเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....
7. ท่านต้องการให้มีการส่งเสริมให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....
8. ท่านสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....
9. ท่านสนใจซักถามวิธีการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมจากญาติผู้สูงอายุรายอื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี						.....
10. ท่านชอบปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม						.....

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
11. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นความกตัญญูที่ท่านได้แสดงออกมา						.....
12. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นหน้าที่ของท่าน						.....
13. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นหน้าที่ของทุกคนในครอบครัว						.....
14. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นการทดแทนพระคุณต่อท่านที่ทุกคนในครอบครัวควรยึดเป็นแนวทางปฏิบัติ						.....
15. ท่านเห็นว่าบุคคลภายในครอบครัวของท่านซึ่งเป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นผู้ที่มีคุณงามความดี						.....
16. ท่านซาบซึ้งและยกย่องในสิ่งที่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเคยทำให้ท่านในอดีต						.....
17. ท่านต้องการดูแลบุคคลภายในครอบครัวซึ่งเป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพราะท่านซาบซึ้งในความดีของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติต่อท่าน						.....
18. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นสิ่งสร้างบุญกุศลให้กับตัวท่าน						.....
19. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมจะส่งผลดีต่อชีวิตของท่าน						.....
20. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นสิ่งที่คุณทุกคนในครอบครัวควรกระทำเพื่อสร้างบุญกุศลและจะส่งผลดีต่อครอบครัว						.....



ภาคผนวก ง  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
social support	110	2.00	5.00	4.1909	.62802
social support	110	3.00	5.00	4.3727	.58825
social support	110	3.00	5.00	4.3364	.62483
social support	110	2.00	5.00	4.0273	.79516
social support	110	3.00	5.00	4.4545	.63008
social support	110	1.00	5.00	4.2364	.71584
social support	110	2.00	5.00	4.2000	.68804
social support	110	2.00	5.00	4.1364	.67017
social support	110	2.00	5.00	4.1727	.70202
social support	110	2.00	5.00	4.0545	.73990
social support	110	2.00	5.00	3.9273	.68682
social support	110	1.00	5.00	4.3273	.63692
social support	110	2.00	5.00	4.3545	.64376
social support	110	3.00	5.00	4.3000	.56747
social support	110	2.00	5.00	4.1727	.74018
social support	110	2.00	5.00	4.1455	.67507
social support	110	2.00	5.00	4.2636	.69964
social support	110	2.00	5.00	4.1000	.77755
social support	110	1.00	5.00	4.2182	.87138
social support	110	1.00	5.00	4.2455	.75646
Valid N (listwise)	110				

\*\*\*\*\* Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 110.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	4.2118	3.9273	4.4545	.5273	1.1343	.0164

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.4839	.3220	.7593	.4373	2.3579	.0112

Reliability Coefficients 20 items

Alpha = .8949 Standardized item alpha = .8960



### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
expect quality	110	1.00	5.00	4.0818	.87924
expect quality	110	2.00	5.00	4.0727	.76277
expect quality	110	1.00	5.00	3.7909	.87886
expect quality	110	2.00	5.00	3.9364	.80454
expect quality	110	2.00	5.00	3.9636	.75331
expect quality	110	2.00	5.00	3.7909	.77927
expect quality	110	2.00	5.00	3.7727	.68616
expect quality	110	3.00	5.00	4.2909	.58018
expect quality	110	1.00	5.00	4.1364	.73544
expect quality	110	1.00	5.00	4.2273	.75003
expect quality	110	2.00	5.00	4.2818	.70557
expect quality	110	3.00	5.00	4.4636	.58541
Valid N (listwise)	110				

\*\*\*\*\* Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 110.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	4.0674	3.7727	4.4636	.6909	1.1831	.0501

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.5584	.3366	.7731	.4364	2.2966	.0191

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8395      Standardized item alpha = .8415

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
attitude care	110	3.00	5.00	4.4909	.58648
attitude care	110	1.00	5.00	4.3727	.71497
attitude care	110	1.00	5.00	3.4091	1.55212
attitude care	110	2.00	5.00	4.1818	.71909
attitude care	110	1.00	5.00	2.5727	1.10428
attitude care	110	2.00	5.00	4.3636	.70029
attitude care	110	2.00	5.00	4.3091	.72625
attitude care	110	1.00	5.00	4.1364	.85109
attitude care	110	1.00	5.00	3.0909	1.35826
attitude care	110	1.00	5.00	3.6455	1.00992
attitude care	110	2.00	5.00	4.2000	.73945
attitude care	110	3.00	5.00	4.4818	.58626
attitude care	110	2.00	5.00	4.2091	.76740
attitude care	110	3.00	5.00	4.5545	.58398
attitude care	110	3.00	5.00	4.3818	.60551
Valid N (listwise)	110				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
motivation care	110	2.00	5.00	3.8455	.65226
motivation care	110	2.00	5.00	4.0364	.70291
motivation care	110	3.00	5.00	4.2273	.63041
motivation care	110	1.00	5.00	4.1364	.69701
motivation care	110	3.00	5.00	4.3455	.65576
motivation care	110	2.00	5.00	4.1364	.79537
motivation care	110	3.00	5.00	4.3909	.57622
motivation care	110	3.00	5.00	4.1909	.65659
motivation care	110	3.00	5.00	4.2364	.63430
motivation care	110	2.00	5.00	4.1273	.70528
motivation care	110	3.00	5.00	4.3727	.63331
motivation care	110	3.00	5.00	4.3455	.59719
motivation care	110	3.00	5.00	4.3909	.62215
motivation care	110	2.00	5.00	4.2091	.70510
motivation care	110	3.00	5.00	4.2727	.63404
Valid N (listwise)	110				

\*\*\*\*\* Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 110.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	4.2176	3.8455	4.3909	.5455	1.1418	.0224

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.4381	.3320	.6326	.3006	1.9053	.0055

Reliability Coefficients 15 items

Alpha = .9178 Standardized item alpha = .9191

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
interest care	110	1.00	5.00	3.8818	.80971
interest care	110	2.00	5.00	4.0364	.75331
interest care	110	2.00	5.00	4.2273	.71239
interest care	110	1.00	5.00	4.0273	.86161
interest care	110	2.00	5.00	4.2000	.63246
interest care	110	2.00	5.00	4.0455	.77087
interest care	110	2.00	5.00	4.1545	.67981
interest care	110	2.00	5.00	3.9818	.75397
interest care	110	3.00	5.00	4.4000	.60880
interest care	110	3.00	5.00	4.4000	.57788
Valid N (listwise)	110				

\*\*\*\*\* Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 110.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	4.1355	3.8818	4.4000	.5182	1.1335	.0301

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.5202	.3339	.7424	.4084	2.2230	.0170

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .9013 Standardized item alpha = .9030

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
value care	110	3.00	5.00	4.5364	.55318
value care	110	3.00	5.00	4.2182	.70881
value care	110	3.00	5.00	4.3818	.57441
value care	110	3.00	5.00	4.5182	.57040
value care	110	3.00	5.00	4.4727	.60136
value care	110	3.00	5.00	4.4182	.59635
value care	110	3.00	5.00	4.3727	.64764
value care	110	1.00	5.00	4.1818	.76843
value care	110	1.00	5.00	4.2455	.73180
value care	110	3.00	5.00	4.2909	.68195
value care	110	2.00	5.00	4.3636	.68707
value care	110	2.00	5.00	4.3000	.68470
value care	110	2.00	5.00	4.4727	.64551
value care	110	2.00	5.00	4.3636	.67358
value care	110	2.00	5.00	4.3273	.66511
value care	110	2.00	5.00	4.3091	.72625
value care	110	2.00	5.00	4.2818	.71846
value care	110	2.00	5.00	4.2000	.82172
value care	110	2.00	5.00	4.2455	.79201
value care	110	2.00	5.00	4.3182	.76544
Valid N (listwise)	110				

\*\*\*\*\* Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 110.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	4.3409	4.1818	4.5364	.3545	1.0848	.0106

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.4689	.3060	.6752	.3692	2.2066	.0108

Reliability Coefficients 20 items

Alpha = .9281 Standardized item alpha = .9300

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 110.0

N of Items = 6

Alpha = .8422

**Correlations**

	SSTT	EQTT	ACTT	MCTT	ICTT	VCTT
SSTT Pearson Correlation	1	.563*	.478*	.615*	.620*	.448*
SSTT Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000
SSTT N	110	110	110	110	110	110
EQTT Pearson Correlation	.563*	1	.375*	.591*	.647*	.389*
EQTT Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000
EQTT N	110	110	110	110	110	110
ACTT Pearson Correlation	.478*	.375*	1	.543*	.463*	.496*
ACTT Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000
ACTT N	110	110	110	110	110	110
MCTT Pearson Correlation	.615*	.591*	.543*	1	.742*	.503*
MCTT Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000
MCTT N	110	110	110	110	110	110
ICTT Pearson Correlation	.620*	.647*	.463*	.742*	1	.522*
ICTT Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.000
ICTT N	110	110	110	110	110	110
VCTT Pearson Correlation	.448*	.389*	.496*	.503*	.522*	1
VCTT Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.
VCTT N	110	110	110	110	110	110

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Correlations**

	SSTT	EQTT
SSTT Pearson Correlation	1	.563*
SSTT Sig. (2-tailed)	.	.000
SSTT N	110	110
EQTT Pearson Correlation	.563*	1
EQTT Sig. (2-tailed)	.000	.
EQTT N	110	110

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

	SSTT	ACTT
SSTT Pearson Correlation	1	.478*
SSTT Sig. (2-tailed)	.	.000
SSTT N	110	110
ACTT Pearson Correlation	.478*	1
ACTT Sig. (2-tailed)	.000	.
ACTT N	110	110

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		SSTT	MCTT
SSTT	Pearson Correlation	1	.615**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	110	110
MCTT	Pearson Correlation	.615**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	110	110

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		SSTT	ICTT
SSTT	Pearson Correlation	1	.620**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	110	110
ICTT	Pearson Correlation	.620**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	110	110

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		SSTT	VCTT
SSTT	Pearson Correlation	1	.448**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	110	110
VCTT	Pearson Correlation	.448**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	110	110

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 110.0

N of Items = 6

Alpha = .8422

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุญตา ถาวรวัชรกุล เกิดวันที่ 3 พฤษภาคม 2516 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์(ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปีการศึกษา 2536 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม ในปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตั้งแต่ปีการศึกษา 2548- ปัจจุบัน



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย