

ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING CAREGIVER'S READINESS FOR DEPENDENT
OLDER PERSONS IN TRANSITION PERIOD ON HOSPITAL TO HOME

Miss Nitcharee Piriya Jaratchai



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 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

โดย

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สິนเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย : ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (FACTORS PREDICTING CAREGIVER'S READINESS FOR DEPENDENT OLDER PERSONS IN TRANSITION PERIOD ON HOSPITAL TO HOME) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 174 หน้า.

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลและศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูงอายุจำนวน 117 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเก็บข้อมูลห่อผู้ป่วยใน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและแบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในระดับปานกลาง ปัจจัยทัศนคติของผู้ดูแลและความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.256$, $r=.348$ ตามลำดับ) ความเครียดในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.447$) ส่วนสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta =-.429$, $\beta =.220$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24.8

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877168736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: CAREGIVER'S READINESS / DEPENDENT OLDER PERSONS / TRANSITION

NITCHAREE PIRIJARATCHAI: FACTORS PREDICTING CAREGIVER'S READINESS FOR DEPENDENT OLDER PERSONS IN TRANSITION PERIOD ON HOSPITAL TO HOME. ADVISOR: ASSOC. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 174 pp.

This descriptive research aimed to investigate the caregiver's readiness of dependent older persons and to investigate the predictive factors on the caregiver's readiness of dependent older persons. Meleis's Transitional Theory was guided as the conceptual framework of this descriptive research. The purposive sample composed of 117 caregivers of dependent older persons who were family members and took the main responsibility of continually taking care of the patients. The instruments were the demographic questionnaire, the attitude of caregivers toward older persons caregiving, the knowledge of care, the social support, the role strain, and the caregiver's readiness. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression.

The findings revealed that caregivers of dependent older persons had moderate level of readiness. The analysis of relationships between the attitude of caregivers toward older persons and the knowledge of care of caregivers were significantly positive correlated with caregiver's readiness for dependent older persons at the level of 0.05 ($r=.256$, $r=.348$ respectively). The role strain as caregivers was significantly negative correlated with caregiver's readiness for dependent older persons at the level of 0.05 ($r=-.447$). However, caregivers' socioeconomic and the social support were not correlated with the readiness of caregivers of dependent older persons. Furthermore, the caregiver's role strain and the attitude of caregivers toward older persons were significantly predictive factors for caregiver's readiness of dependent older persons at the level of 0.05 ($\beta =-.429$, $\beta=.220$ respectively). These three variables could predict 24.8% of the variance of caregiver's readiness.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตาของ รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเป็นผู้วิจัยไว้ดูแล สละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ห่วงใย เอาใจใส่ ให้กำลังใจตลอด การทำวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณและความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ในทุกเรื่อง ทั้งระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สถิติ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ทั้งในด้านการเรียนและการดำเนินชีวิต จนทำให้ผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ มาได้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม โอทกานนท์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และ รองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอ กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 117 ท่านที่เห็นความสำคัญในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้และกรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่า หากปราศจากท่านเหล่านี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุน สนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครที่ให้ทุนผู้วิจัยในการศึกษา

ขอบคุณพี่กรัยรัชช นาคขำและเพื่อนๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ผู้เป็นกัลยาณมิตรที่คอยเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงให้ความรักและความปรารถนาดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษาร่วมกัน ณ สถาบันนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อและคุณอาที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำวิจัยฉบับ นี้ รวมถึงคุณแม่ที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจมาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ คุณอา อาจารย์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลทุกท่านให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. ภาวะฟุ้งฟิงในผู้สูงอายุ.....	12
2. แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน.....	17
3. แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล.....	26
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล.....	32
5. บทบาทของพยาบาล.....	39
6. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	41

7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	92
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	93
รายการอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก ประกาศนุมติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย.....	107
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	110
ภาคผนวก ค จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย และ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	112
ภาคผนวก ง เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	126
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	159
ภาคผนวก ฉ หนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสารงานวิจัย.....	172
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	174



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สรุปสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (n=121).....	48
ตารางที่ 2 ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30).....	57
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	62
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=121).....	66
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะฟุ้งฟิงแยกตามระบบ	68
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของโรคร่วมที่พบบ่อย.....	71
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของโรคร่วม.....	71
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติของผู้ดูแล	72
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของความรู้ในการดูแล	72
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของผู้ดูแลรายด้านและโดยรวม (n = 117 คน).....	73
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล.....	73
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลรายด้านและ โดยรวม (n = 117 คน).....	74
ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	74
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลรายด้านและ โดยรวม (n = 117 คน).....	75
ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมของผู้ดูแลในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (n = 117 คน).....	75
ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและ สังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง.....	76

ตารางที่ 17	เมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลกับ ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	77
ตารางที่ 18	ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้วิธี วิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression).....	78
ตารางที่ 19	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้จากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression).....	78
ตารางที่ 20	ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30).....	83
ตารางที่ 21	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ (อิสระ) กับตัวแปรตาม และ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix).....	165
ตารางที่ 22	จำนวน และร้อยละ โรคร่วมของผู้สูงอายุ.....	168

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน..... 23

ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย 45



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเกือบทุกประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าหรือ 280,000 คน ในปี พ.ศ. 2567 (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้มีการพึ่งพาทางเศรษฐกิจและการเกื้อหนุนทางสังคมระหว่างประชากรวัยต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 14.9 ของ ประชากรทั้งหมด หรือ 10,014,699 คน แต่กลับมีทิศทางตรงข้ามกับอัตราส่วนเกื้อหนุนที่ลดลงจากร้อยละ 9.3 ในปี พ.ศ. 2537 เหลือร้อยละ 4.5 ในปี พ.ศ. 2557 ในต่างประเทศได้พยายามแก้ปัญหา โดยการพัฒนามาตรการและรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายของประเทศ รวมถึงแนวทางการเปลี่ยนแปลงโดยภาพรวม ที่ทุกประเทศพยายามสนับสนุนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลอยู่ในครอบครัวและชุมชน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญและศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่าง เป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ, 2542) ต้องการการดูแลต่อเนื่องและระยะยาว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) โดยสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความ เจ็บป่วย ที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุเพราะมีความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในทุก ระบบ ยิ่งอายุมากขึ้นความเสื่อมถอยยิ่งมีมากขึ้นเป็นลำดับ การทำงานของอวัยวะต่างๆ มี ประสิทธิภาพลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง แต่การพัฒนา ทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืน ยาวขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กนิษฐา บุญธรรมเจริญและศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2554 พบว่า มีโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.8 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 1.7 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.9 ซึ่งการเจ็บป่วยนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง (สมชาย วิริภิมย์กุลและคณะ, 2558) จากการสำรวจภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) น้อยกว่าภาคอื่น แต่กลับพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด

คือ ร้อยละ 11.1 เมื่อเปรียบเทียบกับภาคใต้ ร้อยละ 6.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 6.3 ภาคกลาง ร้อยละ 5.9 และภาคเหนือ ร้อยละ 5.5 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ, 2542)

ในสังคมไทย พบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแล โดยผู้ดูแล ร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลานและญาติ (ชาย โพรธิสิตาและสุชาดา ทวีสิทธิ์, 2552) แต่เมื่อโครงสร้างเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ, 2553) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง มีความแออัด สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม การเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนทีอาศัยในเขตเมือง (มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8, 2558) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องแบกรับความรับผิดชอบมากมาย คือ รับผิดชอบในครัวเรือน ทั้งหน้าที่ภรรยา แม่บ้าน การทำงานเพื่อหารายได้ การดูแลบุตรและบุพการีไปพร้อมๆ กัน ทำให้สภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุตกอยู่ในความยากลำบาก

กรุงเทพมหานครแม้จะมีโรงพยาบาลหลายแห่ง แต่พบว่ามีผู้มารับบริการจำนวนมากด้วยเช่นกัน ทำให้การบริการไม่ทั่วถึง (สุกัญญา ประจตุลปและคณะ, 2549) ด้วยโรงพยาบาลทั่วไปเน้นการดูแลภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องมียุทธศาสตร์การจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้นในขณะที่อาการป่วยยังไม่ดีขึ้น ระบบบริการปฐมภูมิก็มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพ แม้จะมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง แต่พบว่า ยังขาดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและระบบข้อมูลในการติดตาม ประเมิน ทั้งยังคงมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องของระบบ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) อีกทั้งทักษะและความรู้ของอาสาสมัครในชุมชนไม่เพียงพอต่อความต้องการการบริการของชุมชนที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง รอบด้านและบูรณาการ ยังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (กนิษฐา บุญธรรมเจริญและภัทรพรรณ อดทน, 2552) คนในเมืองขาดความไว้วางใจกัน มักไม่ค่อยมีความร่วมมือกันของเครือข่ายการดูแลระหว่างหน่วยงานต่างๆ สัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขกับผู้รับบริการไม่เหมาะสม จึงคงประสบปัญหาหลายประการ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือกับบุคลากรที่ไปเยี่ยมบ้าน ขาดการบูรณาการของบริการต่างๆ หน่วยงานต่างๆ ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและที่สำคัญขาดแคลนทรัพยากร (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเป็นการที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ ของผู้ป่วยรวมถึงการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทผู้ดูแล (Stewart & Archbold, 1994) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องการการพึ่งพิง ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล พร้อมทั้งปรับแผนการดำเนิน

ชีวิตของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลและเชื่อมโยงกับเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (วรรณัน ประสารอติคม, 2557) รวมทั้งส่งเสริมให้ญาติมั่นใจ สามารถปรับตัวและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประคอง อินทรสมบัติและคณะ, 2556)

การเตรียมผู้ดูแลก่อนกลับบ้านในโรงพยาบาลจะมีนโยบายการวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุด โดยกระบวนการจะเริ่มทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล แต่ในความเป็นจริงพบว่า ญาติไม่พร้อมหรือญาติไม่มา (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2554) ทำให้ระยะเวลาในการเตรียมผู้ดูแลสั้นลง เมื่อโรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลมักให้เหตุผลว่าไม่พร้อมจะรับผู้ป่วยกลับ หรือรับกลับทั้งที่ยังไม่พร้อมทำให้เกิดปัญหาตามมาทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแล (Connor, 2016) ในประเทศออสเตรเลียพบว่า ผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงไม่ได้รับความช่วยเหลือหลังจากออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์แรก ส่งผลให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เกิดความเครียดตามมา (Grimmer, 2004) ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้รับการเตรียมพร้อมไม่เพียงพอในการดูแล คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุให้ได้ผลดีต้องมียุทธศาสตร์ประกอบด้านความพร้อม ความเต็มใจและความสามารถในการดูแล (Coleman et al, 2015) รวมถึงระบบการให้บริการสุขภาพเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ไม่ได้คำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ดูแล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2557) ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

จากการศึกษาโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ 2 วัน หรือ 48 ชั่วโมงและเมื่อกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ระดับความเจ็บป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินมาก (วันเพ็ญ สายัญศศิกรน, 2550) รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำ คือ การมีอุปกรณ์สายให้อาหารทางจมูกในการดูแลและลักษณะของครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวจะมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าครอบครัวขยาย 2.7 เท่า (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์และคณะ, 2557) ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่พบได้ทางร่างกายในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ ที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก เอ็นร้อยหวาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกเปราะบาง ปอดอักเสบและแผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ซึ่งภาวะดังกล่าวบางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ (อรัญญา ไพรวัลย์, 2550) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ไม่ครบทุกด้าน อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ หากสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลได้ จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีประสิทธิภาพมาก

ขึ้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการสูญเสียงบประมาณจำนวนมากจากปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ โดยมีสาเหตุจากความพร้อมของผู้ดูแล ระบบการจัดการกับผู้ดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาลไม่ดีพอ ภายหลังปรับปรุงระบบ พบว่า สามารถลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายได้อย่างเป็นรูปธรรม (Gorman, 2016)

จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010) กล่าวว่า การเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งแรกเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ จากการศึกษาที่ผู้ดูแลเคยดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้กลายเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันแต่ละบุคคล ปัจจัยเงื่อนไข ได้แก่ ทักษะของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่จะสนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้ดูแลสามารถแสดงออกถึงความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านได้โดยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลใกล้ชิดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเพราะผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลก็ส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลเช่นกัน

การศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมของผู้ดูแลที่ผ่านมา พบว่า ชนิตา โฆษคลัง (2554) ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ต่อมา อรอนงค์ ภูถนรงค์และคณะ (2555) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศูนย์ยะลา มีความพร้อมระดับปานกลาง รวมถึง อรทัย บุญชูวงศ์และคณะ (2560) ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีความพร้อมระดับปานกลาง

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพร้อม พบว่า รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่อัจฉริยะที่บ้าน คือ ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนทางสังคม ต่อมา บุขรา ศรีสุพัฒน์ (2552) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนจำหน่าย ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล คือ รายได้ของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ รวมถึง เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่วิตกกังวลโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เมื่อมีการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (1994) เข้ามาศึกษา พรพรรณ พรหมทัต (2554) พบปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่วิตกกังวลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน คือ ความรู้เรื่องโรคและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพร้อมของผู้ดูแลที่ผ่านมานั้น เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาแยกตามโรค แต่ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุสามารถเกิดได้กับคนที่ไม่มีโรคหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค อาจเกิดจากภาวะต่างๆ เช่น ภาวะเปราะบาง ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทในการดูแล ซึ่งไม่เคยทำมาก่อน ถือเป็นประสบการณ์ใหม่ ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้สูงอายุ รวมถึงที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างจังหวัด ซึ่งบริบทแตกต่างกับกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพร้อมในการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือไม่ อย่างไร
2. ทักษะคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล สามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนาย ทักษะคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

Meleis (2010) ได้อธิบายลักษณะของการเปลี่ยนผ่านไว้ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคล จากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่ง ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในแต่ละช่วงชีวิต ถ้าสามารถทำความเข้าใจกับ สถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน รับรู้ถึงปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ร่วมกับมีการเตรียมตัวที่ดี ย่อม สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ได้ง่ายและเกิดผลลัพธ์ที่ดี การป้องกันผลเสียที่อาจตามมาในช่วงที่ มีการเปลี่ยนผ่าน จะทำให้สามารถเข้าสู่สถานะใหม่ได้ง่ายขึ้น (เรณู พุกบุญมี, 2544) ซึ่งมโนทัศน์ของ การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition) 2) เงื่อนไข ของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition) 3) รูปแบบการตอบสนอง (patterns of response) และ 4) การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics)

การศึกษาผู้วิจัยเลือกตัวแปรที่จะศึกษาจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาการเปลี่ยนผ่านตาม สถานการณ์ (situation transition) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นสมาชิกครอบครัวมารับ บทบาทเป็นผู้ดูแล โดยมีรูปแบบเป็นการเปลี่ยนผ่านชนิดเดียวหรือหลายชนิดที่เกิดขึ้นในบุคคลพร้อมๆ กัน เป็นลักษณะการเปลี่ยนผ่านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เกิดอย่างมีทิศทาง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ความสัมพันธ์ ความสามารถและแบบแผนของพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ ยอมรับ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น มีการเตรียมพร้อม เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่าน ที่เกิดขึ้น มีระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีจุดเหตุการณ์ที่เกิดวิกฤตที่ทำให้เกิด การตระหนักในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลง ส่วนเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยที่มีผล ต่อการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เงื่อนไขด้านบุคคล (personal condition) ได้แก่ ตัวแปรการให้ความหมาย ตัวแปรความเชื่อและทัศนคติ ตัวแปรสถานะทาง เศรษฐกิจและสังคมและตัวแปรความรู้ เงื่อนไขด้านชุมชน (community condition) ได้แก่ ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม เงื่อนไขด้านสังคม (social condition) ได้แก่ ตัวแปรลักษณะของสังคม โดย ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรจากเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและ สังคม ความรู้ในการดูแล เงื่อนไขด้านชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เพราะสามารถนำมาศึกษา ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายได้ รวมถึงพบว่าตัวแปรข้างต้นส่งผลต่อตัวผู้ดูแลในการส่งเสริมและ ยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านและคาดว่าจะทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในบริบทของกรุงเทพมหานครได้ นอกจากนี้จากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลก็สามารถส่งผลต่อความพร้อมได้เช่นกัน ผู้วิจัยจึงเลือกมาศึกษาโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ทัศนคติของผู้ดูแล เป็นเงื่อนไขด้านบุคคล Meleis (2010) กล่าวว่า ทัศนคติของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันตามบริบทของสังคม ความเชื่อ ทัศนคติของแต่ละบุคคลซึ่งอาจสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น โดยบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่าย รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ($r=.47, p < .05$)

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเงื่อนไขด้านบุคคล โดยบุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดี ส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านง่ายกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ในวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน ในการแสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ดูแล ซึ่ง Laura & Karen (2014) พบว่า การเงินสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยวิธีการไม่ใช้ยา ($\beta=-.70, p < .01$) เมื่อมีการจัดการเรื่องการเงินที่ดี ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับ ชีรนุช ห้านิรัติศัยและปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายเพื่อให้เกิดความพร้อมมากขึ้น

ความรู้ในการดูแล เป็นเงื่อนไขด้านบุคคล สามารถเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน หากขาดความรู้ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านได้ จากการศึกษาของ พรพรรณ พรหมทัต (2554) พบว่า ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($r=.319, p < .01$) ภัทรภร อิมโธฐ (2550) พบว่า ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล ($r=.526, p < .01$) และ ชีรนุช ห้านิรัติศัยและปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ผู้ดูแลต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ดังนั้น ความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแล แสดงว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น ช่วยให้การดูแลนั้นมีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม เป็นเงื่อนไขด้านชุมชน ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว คู่สมรส ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ($r= .54, p < .01$) สอดคล้องกับ ชีรนุช ห้านิรัติศัย และปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ข้อมูลเกี่ยวกับสถานรับดูแลระยะยาว และอุปกรณ์การแพทย์สำหรับการดูแล

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ดังนี้

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จากการศึกษาของ จุรีรัตน์ กอผจญ (2545) พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแล ($r=-.361, p < .001$) สอดคล้องกับ พรพรรณ พรหมทัต (2554) พบว่า ความเครียดในบทบาท

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($r=-.286, p< .01$) และเพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้สูงสุด ($\beta=-.54, p< .001$)

สมมติฐานการวิจัย

1. ทศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
3. ทศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ทศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาท ต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรัฐบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง โดยที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ ทศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาท

ตัวแปรตาม คือ ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

คำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือ รวมทั้งความพร้อมโดยรวมที่ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้แบบวัดความพร้อมในการดูแลของ Stewart & Archbold (1986) ที่ Wirojratana (2002) แปลเป็นไทยและแปลย้อนกลับ จำนวน 8 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลตั้งแต่มีความพร้อมในการดูแลน้อยที่สุดจนถึงมีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด

ทัศนคติของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลที่พึ่งมีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อผู้สูงอายุโคแกน (Kogan's Attitude toward Old People Scale: KOAP) ของ Nathan Kogan (1961) แปลและเรียบเรียงโดย ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2555) ตรวจสอบการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา มีจำนวน 34 ข้อ แบ่งออกเป็นคำถามเชิงบวก 17 ข้อและคำถามเชิงลบ 17 ข้อ เป็น Rating Scale เริ่มจาก ไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 6 คะแนน การแปลผลตั้งแต่มีทัศนคติเชิงบวกน้อยมากถึงมีทัศนคติเชิงบวกดีมาก

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วัดโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความรู้ในการดูแล หมายถึง ความสามารถด้านความรู้ ความจำ ความเข้าใจและการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความต้องการพึ่งพิงด้านร่างกาย ความต้องการพึ่งพิงด้านจิตใจ ความต้องการพึ่งพิงด้านสังคมและความต้องการพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ผู้วิจัยสร้างแบบทดสอบขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด มีจำนวน 20 ข้อ การแปลผลตั้งแต่มีความรู้ในการดูแลน้อยมากถึงดีมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร สามารถประเมินได้จาก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลของ ภรภัทร อิมโอรุ (2550) มีจำนวน 18 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลตั้งแต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุดจนถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลว่ามีความยากลำบากในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท ความตึงเครียด

เพิ่มขึ้น ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ประเมินได้จาก แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ของ วิลลาพรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ (2545) มีจำนวน 28 ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล ตั้งแต่ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลน้อยที่สุดจนถึงมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมากที่สุด

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ในการให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ผู้ดูแลอาจเป็นคู่สมรส ลูก หลาน หรือสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Mahoney and Barthel ของได้ค่าคะแนน ระดับ 0-8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการทดแทนความสามารถเชิงปฏิบัติในชีวิตประจำวันเป็นส่วนมากจนถึงพึ่งพิงทั้งหมด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการจำหน่าย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมหรือเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเตรียมกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ดูแลและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ทศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาท ต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ความหมายของภาวะพึ่งพิง
 - 1.3 สาเหตุของภาวะพึ่งพิง
 - 1.4 ความต้องการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
 - 1.5 องค์ประกอบของภาวะพึ่งพิง
 - 1.6 การประเมินภาวะพึ่งพิง
2. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
 - 2.1 ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน
 - 2.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
 - 2.3 การเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
3. แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล
 - 3.1 ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล
 - 3.2 การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล
 - 3.3 ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล
5. บทบาทของพยาบาล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ภาวะพึ่งพิงได้รับการกล่าวถึงมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจาก โครงสร้างของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป คนไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ยสูงขึ้น แต่ในช่วงวัยนี้การทำงานของอวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพลดลง รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทำให้มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุในการประชุมสมัชชาโลกผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา เมื่อปี พ.ศ.2525 ว่า เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534)

บรรลุ ศิริพานิช (2526) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเน้นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี 2546 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546)

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา มีความแตกต่างกันตามสภาพทางสุขภาพและทางสังคม จึงทำให้การจำแนกว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์อายุที่แตกต่างกันไป โดยประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2543) ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปี ขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นผู้สูงอายุเนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้ค่อนข้างสูง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

1.2 ความหมายของภาวะพึ่งพิง

Yong (2003) ได้อธิบายความหมายของ ภาวะพึ่งพิง หมายถึง กระบวนการที่เกิดพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะพร่องหน้าที่ (Impairment) เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) ไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) ได้อธิบายความหมายของ ภาวะพึ่งพิงในการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในเรื่องภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุว่า เป็นการที่ผู้สูงอายุขาดความสามารถเชิงปฏิบัติ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งจะขึ้นอยู่กับภาวะทุพพลภาพเป็นปัจจัยหลัก และยังขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ภาวะจิตใจ วัฒนธรรม ประเพณีและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการคาดหวังของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุป ภาวะฟุ้งฟิงในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุขาดความสามารถเชิงปฏิบัติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตในสังคมด้วยตนเองอย่างอิสระ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน 4 ประการ คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

1.3 สาเหตุของภาวะฟุ้งฟิง

การฟุ้งฟิงในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การหกล้มและกระบวนการสูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ศิริภาณี ศรีมหาภาคและคณะ, 2557)

1) โรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจและนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ซึ่งโรคหรือการเจ็บป่วยที่รายงานการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์สูงต่อการเกิดภาวะฟุ้งฟิง ได้แก่ โรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 ชนิด โดยที่การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฟุ้งฟิง โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคร่วมของผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูงและพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6-9 ไม่ได้รับการรักษา และร้อยละ 23-25 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะ Stroke เป็นโรคเรื้อรังทางระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะฟุ้งฟิงในผู้สูงอายุและโรค Arthritis พบว่าเป็นโรคเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีระดับความสัมพันธ์สูงกับการเกิดภาวะฟุ้งฟิงเช่นกัน

2) ภาวะสมองเสื่อม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ เป็นกระบวนการคิด การเรียนรู้ และการจดจำ ที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง สันนิษฐานว่ากลไกการเกิดการสูญเสียการรับรู้ประกอบด้วย 4 อย่างคือ ข้อมูลที่อยู่ในกระบวนการ การทำหน้าที่เกี่ยวกับการจดจำของสมอง ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของสมองและการทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Park and Schwarz, 2000) ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญในระดับสูง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ผลการสำรวจข้อมูลระดับประเทศไทยพบผู้สูงอายุมีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.4 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552)

3) การหกล้ม ผู้สูงอายุจะมีระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนไป ความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจึงทำให้มีโอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการหกล้มสูง การหกล้มทำให้เกิดความกลัวต่อการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ความสมดุลของการควบคุมร่างกายเสียไป จนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม

ประจำวัน (Delbaere et al., 2004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปการหกล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะฟุ้งฟิง (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, 2557)

4) อายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (Old-Old และ Oldest-Old) กระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการ ทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสาทสั่งการลดลง เกิดกระบวนการเสื่อมของระบบหายใจและหัวใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและระบบประสาท (WHO, 2003) ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง (Fried et al., 2001) นำมาซึ่งภาวะฟุ้งฟิงและทุพพลภาพได้

1.4 ความต้องการฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุ

โดยธรรมชาติของทุกคนจะดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อที่จะรักษาชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพอันจะนำมาซึ่งความผาสุก (Orem, 1985) ดังนั้นบุคคลทุกคนจึงมีความต้องการที่จะคงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจและสังคม แต่ความต้องการของบุคคลก็ไม่สามารถที่จะตอบสนองได้ด้วยตนเองได้เสมอไป (โสภภา หอยสังข์, 2541) โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม จึงเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น จากการศึกษาของ ทศนีย์ ระย้า (2537) พบว่า ผู้สูงอายุระหว่าง 60 – 74 ปี มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 58 ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความสามารถช่วยเหลือตนเองลดลง โดยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 19.5 แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพิงและต้องการความช่วยเหลือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2538) เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรค ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพิงตนเองจึงเป็นเรื่องที่ยากลำบากมากขึ้น หากผู้สูงอายุกู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองหรือทำให้ลดยาลง จำเป็นต้องพึ่งบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง มาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับ (Atchley, 1980)

1.5 องค์ประกอบของภาวะฟุ้งฟิง

Atchley (1980) กล่าวว่า ภาวะการฟุ้งฟิง ประกอบด้วยมิติพื้นฐาน 4 ประการดังนี้

1) ความต้องการฟุ้งฟิงด้านร่างกาย (Physical dependency needs) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนไหวที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพร่างกายและความผาสุกของตนเอง ซึ่งระดับการฟุ้งฟิงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ จะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับภาวะร่างกายของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปมี 4 มิติ (Atchley, 1980) ได้แก่

1.1) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity) เป็นความสามารถสูงสุดที่กระทำการกิจกรรมบุคคลทั่วไปกระทำ

1.2) การกระทำหน้าที่ (Functional performance) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจริง

1.3) ความสามารถสำรองในการทำหน้าที่ (Functional reserve) เป็นความสามารถที่ผู้สูงอายุมีอยู่แต่ยังไม่ถูกนำมาใช้ในการกระทำการกิจกรรมแต่สามารถเรียกใช้ได้เมื่อต้องการ

1.4) การใช้ประโยชน์จากความสามารถ (Functional capacity utilization) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการทำกิจกรรมหนึ่งๆ

ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับผลของโรคที่ก่อให้เกิดความพิการและไร้ความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง หรือขาดความสามารถในบทบาทที่ดำรงอยู่

2) ความต้องการพึ่งพิงด้านจิตใจ (Psychological dependency needs) ได้แก่ การตื่นตัวในการหาความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมและความต้องการความรัก ถึงแม้ว่าความต้องการพึ่งพิงด้านจิตใจเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้ แต่รู้สึกได้ เพื่อให้เกิดความสุขสงบแก่จิตใจ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียตามวัย ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่นใจ ความเคารพนับถือและไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน (โสภา หอยสังข์, 2541) Rickelman (1994) พบว่า ความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง จะมีผลอย่างยิ่งกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ว่าคุณค่าในตนเองลดลงจากการต้องพึ่งพิงผู้อื่น อาจทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าใจ สิ้นหวัง แยกตัว เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ใจน้อย โกรธง่าย นำไปสู่ความขัดแย้งกับบุตรได้ (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) ดังนั้นครอบครัวของผู้สูงอายุจะต้องให้ความรัก ความเคารพนับถือ เอาใจใส่ รับฟังและยอมรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย ต้องให้การดูแลไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว ควรจัดให้ผู้สูงอายุได้มีความสนุกสนาน เพลิดเพลินกับสิ่งบันเทิงใจ เช่น ส่งเสริมให้มีโอกาสในการฟังดนตรี เล่นดนตรี หรือการละเล่นพื้นบ้านที่ชอบ (โสภา หอยสังข์ , 2541) สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีตลอดไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

3) ความต้องการพึ่งพิงด้านสังคม (Social dependency needs) ได้แก่ การกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิต่างๆ และการมีกิจกรรมในสังคม ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบตัวและสังคมนั้นมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (ฉัตรทอง อินทรนอก, 2540) เพราะเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีเพื่อนในวัยเดียวกัน มีความสำคัญมากทางสังคมของผู้สูงอายุมีผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้การทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจรู้สึกว่ามีค่ามีประโยชน์และมีความหมาย ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดอาลัย มีชีวิตที่เจียบเหงา จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุขมากจะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความสุขมากจะมีความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมและเข้าร่วมในสังคม ครอบครัว ควรมีการดูแลไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพังเพียงคนเดียว บุตรหลานควรผลัดกันมาเยี่ยม พาเพื่อนมาเยี่ยม เป็นต้น เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเพลิดเพลินและมีความสุขในชีวิต (ปราณี จาติเกตุ, 2536)

4) ความต้องการพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ (Economic dependency needs) ได้แก่ ความสามารถในการจัดหาอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มให้แก่ตนเอง ปัญหาด้านเศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ในผู้สูงอายุทุกกลุ่มทุกฐานะมีความแตกต่างกันด้านเศรษฐกิจไม่เหมือนกัน บางคนมีรายได้ที่แน่นอน เช่น จากบำนาญ ค่าเช่า ดอกเบี้ย เงินฝาก เป็นต้น ย่อมมีอิสระในการใช้จ่ายเงินตามความต้องการและความสะดวก แต่บางคนมีรายได้ไม่แน่นอนและไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเป็นหน้าที่ของบุตรหลานในการให้ความช่วยเหลือ (ปราณี จาติเกตุ, 2536) เศรษฐกิจจึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญ เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ในการทำงานที่ตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ทั้งในด้านเครื่องนุ่งห่ม อาหารที่มีคุณค่า ค่ารักษาพยาบาลตลอดจน การซื้อหาอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและความสุข (ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540)

1.6 การประเมินภาวะพึ่งพิง

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจนทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ จนนำไปสู่ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและต้องการการดูแลจากผู้อื่น ทั้งการดูแลทางเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและประเทศ การประเมินภาวะพึ่งพิงจึงเป็นการประเมินภาวะไร้ความสามารถเชิงปฏิบัติ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ ระดับพึ่งพิงเล็กน้อย ระดับการพึ่งพิงปานกลาง ระดับการพึ่งพิงมากและระดับการพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) วิธีการประเมินที่ใช้ในผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Activity of daily living: ADL) เป็นแบบประเมินที่นิยมและสามารถนำมาใช้วัดภาวะทุพพลภาพ หรือการพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย ใช้ตรวจวัดระดับกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริงเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ส่วนที่เป็นกิจกรรมพื้นฐาน เรียกว่า ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel - ADL Index: BAI) ประกอบด้วย 10

กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้สູขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

2. แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

การเปลี่ยนผ่านเป็นช่วงวิกฤตของชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลง ทุกคนต้องมีการเปลี่ยนผ่านในชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนผ่านมีกระบวนการที่ซับซ้อน หากมีการปรับตัวที่ดีจะสามารถรับมือกับการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น

2.1 ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน

ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้นๆ (Chick and Meleis, 1986 อ้างใน Meleis, 2010)

2.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitions Theory) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายศาสตร์ทางการพยาบาล พยาบาลทางคลินิกสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงสามารถใช้กับเหตุการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้ (Meleis, 2007) ทฤษฎีนี้มุ่งที่จะประเมินและให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปยังอีกสถานะหนึ่งได้ (เรณู พุกบุญมี, 2544) และเกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพดี

การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนั้นเกิดขึ้นมาจากหลายเหตุผล เช่น การใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลมากในการดูแลบุคคลที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ความสนใจของพยาบาลในเรื่องของการเปลี่ยนผ่านมีมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีในการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่มีความซับซ้อนและมีความต้องการการเข้าถึงที่แตกต่างกัน การมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดความท้าทายในการจัดการ การดูแลสุขภาพที่มีความต้องการการดูแลในรูปแบบที่แตกต่าง ที่ต้องการการเกี่ยวข้องอย่างทันทั่วทั้งของพยาบาล (Meleis, 2007 อ้างใน กนกพร นทีธนสมบัติ, 2555)

Chick & Meleis (1986 อ้างใน Meleis, 2010) ได้อธิบายว่า ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นระบบเปิดคือ มีสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการ (process) การเปลี่ยนผ่านและการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน (output) กล่าวคือ สิ่งนำเข้าหรือที่เรียกว่า ปัจจัยชักนำ (antecedent events) ให้เกิดการเปลี่ยนผ่านได้มี 3 ชนิด คือ 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะ

พัฒนาการของมนุษย์ (developmental transition) 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) และ 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) ต่อมา Schumacher & Meleis (1994 อ้างใน Meleis, 2010) ได้มีการเสนอชนิดของการเปลี่ยนผ่านอีกหนึ่งชนิด คือ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นกับองค์กร (organizational transitions) การเปลี่ยนผ่านชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในระดับบุคคล ระดับทวิภาคี และระดับครอบครัว ต่อมา Meleis et al (2000 อ้างใน Meleis, 2010) ได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านไปทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และได้เพิ่มคุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่านในธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งประกอบด้วย การตระหนักรู้ การเข้าไปเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านและจุดวิกฤตและเหตุการณ์ ซึ่งคุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่านมีความสัมพันธ์ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่มีความสลับซับซ้อน และในป็นี่เอง ได้มีแบบจำลองทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (ดูภาพที่ 1) ซึ่งประกอบด้วย

2.2.1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (Meleis, 2010)

2.2.1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition) เป็นการแบ่งปรากฏการณ์ออกเป็น 4 ชนิด คือ

1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental Transitions) Schumacher and Meleis (1994) ได้อธิบายว่า เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของชีวิตบุคคล ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านในวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนผ่านในวัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนผ่านในการตั้งครรภ์ และการเปลี่ยนผ่านในการเป็นบิดามารดา เป็นต้น

2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transitions) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์รอบตัวบุคคล Schumacher and Meleis (1994) ได้อธิบายว่า ความหลากหลายของบทบาททางการศึกษาและทางหน้าที่การงานเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ที่ได้รับความสนใจ ตัวอย่างได้แก่ การเปลี่ยนผ่านจากบทบาทของนักปฏิบัติทางคลินิกเป็นผู้บริหาร การเกษียณอายุงาน การเปลี่ยนผ่านในการอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health-Illness Transitions) Schumacher and Meleis (1994) เช่น การเปลี่ยนผ่านจากบุคคลธรรมดาเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดเชื้อเอชไอวี หรือการบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นต้น

4) การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organization transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในองค์กร เป็นต้น การเปลี่ยนผ่านนี้จะมีผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลที่ทำงานภายในองค์กร รวมทั้งผู้รับบริการ

2.2.1.2 รูปแบบการเปลี่ยนผ่าน (Patterns of transition) การเปลี่ยนผ่านมีหลายรูปแบบ กล่าวคือ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเพียงการเปลี่ยนผ่านเดียว (single transition) ที่เกิดขึ้นหลายการเปลี่ยนผ่านในเวลาเดียวกัน (multiple transitions) ที่เกิดขึ้นเรื่องหนึ่งแล้วมีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นต่อมาอีกเรื่องหนึ่งตามลำดับ (sequential transitions) ที่มากกว่าหนึ่งการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นพร้อมกัน (simultaneous transitions) การเปลี่ยนผ่านที่มีความเกี่ยวข้องกัน (related transitions) หรือที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน (unrelated transitions) พยาบาลควรให้ความสนใจในรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านของบุคคลมากกว่าชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al. 2000) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้ในหลากหลายรูปแบบด้วยกัน แต่แต่ละบุคคลจะมีการเผชิญรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน ดังนั้น การประเมินทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลบุคคลที่ประสบกับการเปลี่ยนผ่านในชีวิต พยาบาลควรประเมินทางการพยาบาลบุคคลนั้นๆ และให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการต่อการเปลี่ยนผ่าน

2.2.1.3 คุณสมบัติทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน ตามแนวคิดของ Meleis et al. (2000) ประกอบด้วย 5 คุณสมบัติดังนี้ คือ

1) การตระหนักรู้ (Awareness) มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความรู้ และการสำนึกถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน Chick and Meleis (1986) อธิบายว่า การเปลี่ยนผ่านเป็นปรากฏการณ์ส่วนบุคคล การที่บุคคลกำลังอยู่ในภาวะของการเปลี่ยนผ่าน บุคคลจะต้องมีความตระหนักรู้ว่ากำลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

2) การเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน (Engagement) เป็นระดับที่บุคคลแสดงความเกี่ยวข้องกับกระบวนการการเปลี่ยนผ่าน ระดับของการตระหนักรู้มีอิทธิพลต่อระดับของการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน

3) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and difference) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นของการเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนผ่านทุกชนิดเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ใช่ทุกการเปลี่ยนแปลงจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน

4) ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition time span) คุณลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน คือ ระยะเวลาที่จุดจบที่ปรากฏ ซึ่งขยายจากอาการแสดงแรกของการคาดการณ์ล่วงหน้า การรับรู้หรือการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงไปยังระยะเวลาที่ไม่มั่นคง สับสนและทุกข์ และดำเนินต่อไปยังจุดจบของสถานการณ์นั้น จากนั้น บุคคลจะเกิดความพร้อมกับการเริ่มสิ่งใหม่หรือเข้าสู่ระยะเวลาที่มั่นคงของชีวิต

5) จุดวิกฤตและเหตุการณ์ (Critical points and events) บางการเปลี่ยนผ่านอาจมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่โดดเด่น เช่น การเกิด การตาย การผ่าตัด และความ

เจ็บป่วย เป็นต้น ทุกจุดวิกฤตและเหตุการณ์นั้นมีความต้องการความสนใจของพยาบาล ความรู้และประสบการณ์ในหนทางที่แตกต่างกัน

2.2.2. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) ประกอบด้วย เงื่อนไขที่เอื้ออำนวยซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปได้ด้วยดี หรือเงื่อนไขที่ยับยั้งซึ่งอาจมีผลทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปได้ด้วยความไม่ราบรื่นนั้น Meleis et al. (2000) อธิบายว่าเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย

2.2.2.1 เงื่อนไขด้านบุคคล (Personal conditions) เป็นปัจจัยเฉพาะของบุคคลต่อประสิทธิภาพการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่

1) การให้ความหมาย (Meaning) เป็นการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านว่า มีผลทางบวกหรือทางลบ หรือผลกลางๆ ต่อชีวิตตน ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเร็วในการเปลี่ยนผ่าน อาจมีส่วนเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน

2) ความเชื่อและทัศนคติ (Culture beliefs & Attitudes) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบทของสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมรวมถึงทัศนคติของแต่ละบุคคลซึ่งอาจสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น

3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) อาจสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน โดยบุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดี มีสังคมสนับสนุนย่อมส่งผลให้บุคคลสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุน

4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation & Knowledge) การให้ความรู้จะเป็นแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์ ช่วยให้มีการเปลี่ยนผ่านที่ดี เมื่อบุคคลมีความรู้และการเตรียมความพร้อมที่ตีรวมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสอดคล้องกับบริบทหรือเหตุการณ์ที่กำลังประสบ บุคคลนั้นสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Meleis et al. 2000)

2.2.2.2 เงื่อนไขด้านชุมชน (Community conditions) ช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว การเอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้และการได้รับคำแนะนำจากแหล่งที่ไว้วางใจและมีรูปแบบที่ดี อุปสรรคต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ การได้รับคำแนะนำในทางลบหรือการเผชิญกับสิ่งลบจากบุคคลอื่น (Meleis et al. 2000)

2.2.2.3 เงื่อนไขด้านสังคม (Society conditions) เป็นลักษณะของสังคมนั้นซึ่งมีผลในการช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน สังคมเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สามารถเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การมองการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นการตีตราจากสังคม (Meleis

et al. 2000) ซึ่งเมื่อกลุ่มบุคคลกลุ่มนี้ประสบต่อการเปลี่ยนผ่านสังคมจะมีผลทำให้การเปลี่ยนผ่านไม่ราบรื่น

2.2.3 รูปแบบการตอบสนอง (Patterns of response)

2.2.3.1 **ตัวบ่งชี้ในการดำเนินการ (Process indicators)** ตามแนวคิดของ Meleis et al. (2000) ประกอบด้วย

1) การมีความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ (Feeling connected) เช่น การมีความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับวิชาชีพทางการดูแลสุขภาพ เป็นผู้ที่ทำให้คำตอบที่ทำให้บุคคลนั้นสบายใจ และมีความรู้สึกว่าเขาสามารถดูแลตนเองได้ จะเป็นดัชนีหนึ่งที่ทำให้ประสบกับการเปลี่ยนผ่านในทางบวก

2) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interacting) ตลอดการมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนผ่าน การให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านและพฤติกรรมจะพัฒนาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านให้ชัดเจน และรับทราบ

3) สถานที่และการอยู่ในสถานการณ์นั้น (Location and being situated) สถานที่เป็นสิ่งสำคัญต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน

4) การพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการ (Developing confidence and coping) การที่บ่งชี้ได้ว่าบุคคลที่กำลังประสบการเปลี่ยนผ่านมีระดับความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น มีการแสดงออกมาในระดับของความเข้าใจในกระบวนการที่แตกต่างกัน

2.2.3.2 **ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์** เป็นการประเมินผลของกระบวนการที่ดำเนินไป เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้หรือไม่ ประกอบด้วย

1) การมีความสามารถ (Mastery) การเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จ บุคคลจะมีความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีทักษะเพิ่มขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่

2) ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงและไม่อยู่นิ่ง (Fluid integrative identities) ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านมีคุณลักษณะหนึ่ง คือ เป็นผลมาจากการได้หลอมรวมลักษณะของตนเองอีกครั้งซึ่งเป็นที่ไม่นิ่ง เปลี่ยนแปลงได้

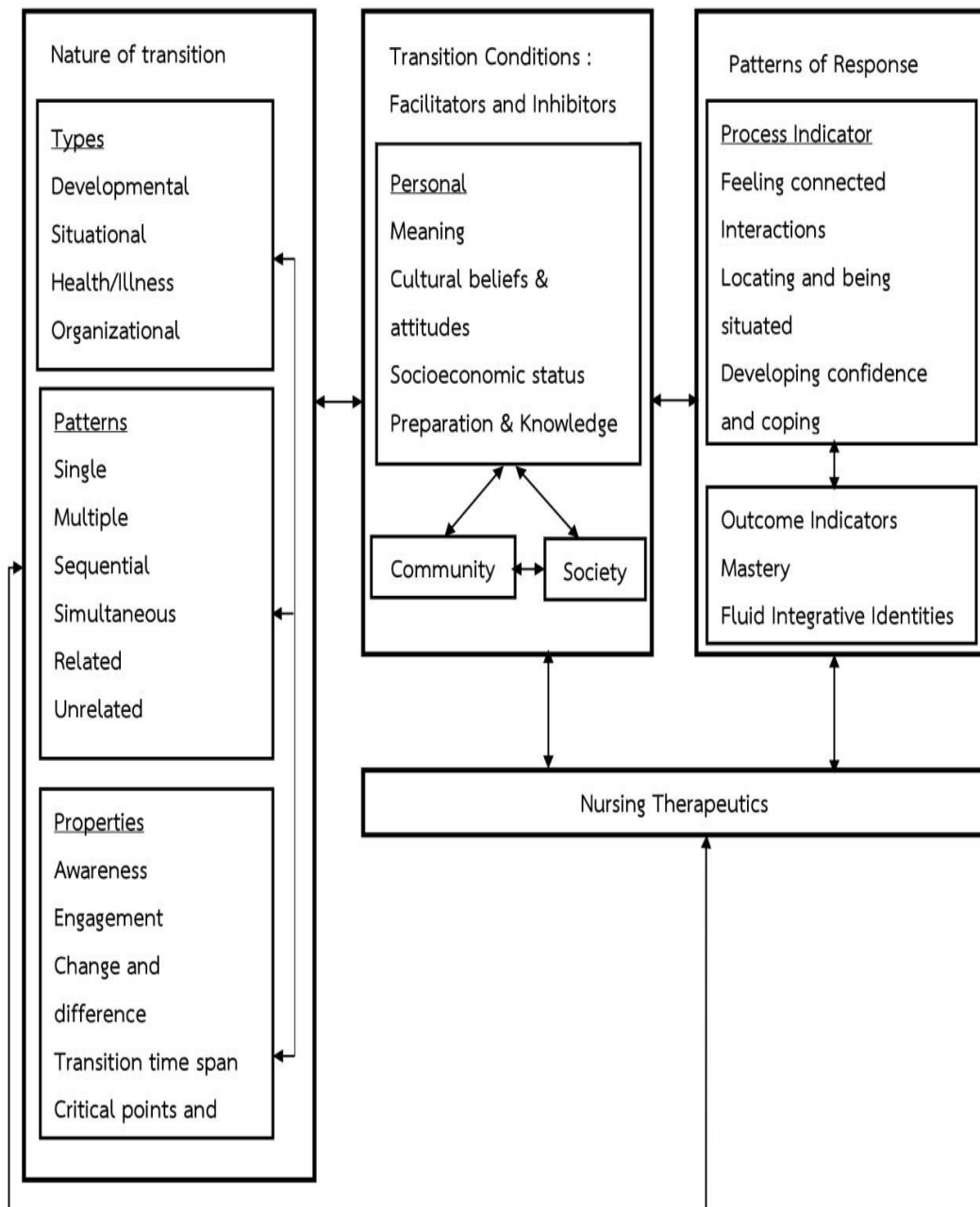
2.2.4. **การจัดกระทำทางการพยาบาล (Nursing therapeutic)** เป็นวิธีการที่พยาบาลจะช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้สมบูรณ์และง่ายขึ้น บทบาทพยาบาลตามแนวคิดของ Meleis et al. (2000) เริ่มตั้งแต่

2.2.4.1 **การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness)** ในการประเมินความพร้อมของบุคคลนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในตัวของผู้รับบริการ (Schumacher and Meleis, 1994) ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการแต่ละ

รายจะมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เศรษฐฐานะ ภูมิหลัง และบริบท ดังนั้น การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะช่วยให้การพยาบาลเหมาะสมที่จะทำใ้บุคคลนั้นดำเนินการเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี

2.2.4.2 การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (Preparation of transition) Schumacher and Meleis (1994) อธิบายว่า การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่นั้น จะต้องประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การศึกษา (education) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสร้างภาวะการที่ดีที่สุดในการเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมที่ดีจำเป็นต้องมีเวลา การเตรียมที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มองเห็นความรับผิดชอบใหม่ และมีทักษะในการปฏิบัติต่อสภาวะการณ์นั้น และสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นส่วนที่สามารถถูกสร้างขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้รับบริการสำหรับการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น

2.2.4.3 การใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างจงใจเมื่อบุคคลที่ทำหน้าที่ในเรื่องนั้นมองว่าเกิดการแสดงบทบาทได้ไม่เต็มที่ หรือไม่เต็มความสามารถ ซึ่งการใช้บทบาทเสริม ประกอบด้วย ความชัดเจนของบทบาท (role clarification) และการแสดงบทบาท (role taking) นอกจากนี้ การใช้บทบาทเสริม เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ประกอบด้วยทั้งส่วนของการป้องกัน (preventive) และการรักษา (therapeutic) การที่จะสามารถช่วยบุคคลให้เข้าใจบทบาทและความเป็นตัวตนใหม่ บุคคลเหล่านั้นต้องได้รับการพัฒนา โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้โอกาสและความรู้ที่จะทำให้มองเห็นบทบาทใหม่ได้อย่างชัดเจน



ภาพที่ 1 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

(ที่มา: Meleis, A. I. (2010). Transitional theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.)

2.3 การเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การเปลี่ยนผ่านนั้นเน้นที่กระบวนการ โดยการเปลี่ยนผ่านนั้นมีความสัมพันธ์กับการพัฒนา การเปลี่ยนแปลงและการปรับตัว เพราะการเปลี่ยนผ่านจะมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้น ทฤษฎีนี้จึงมีความสำคัญต่อศาสตร์ทางการพยาบาลอย่างมาก โดยมุ่งเน้นที่การประเมินและให้การช่วยเหลือให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปยังสถานะหนึ่งได้อย่างมีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (บุญมี ภูตานัง , 2556)

จากมโนทัศน์ของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน พบว่า ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situation transition) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นสมาชิกครอบครัวมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล โดยจะเริ่มบทบาทนี้ตั้งแต่ออยู่ที่โรงพยาบาลเมื่อมีการวางแผนจำหน่ายและมีบทบาทเต็มๆเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนผ่านชนิดเดียวหรือหลายชนิดที่เกิดขึ้นในบุคคลพร้อมๆ กัน การเปลี่ยนผ่านเป็นลักษณะการเปลี่ยนผ่านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เกิดอย่างมีทิศทาง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ ความสามารถและแบบแผนของพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ ยอมรับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น มีการเตรียมพร้อมเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น มีระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีจุดเหตุการณ์ที่เกิดวิกฤตที่ทำให้เกิดการตระหนักในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลง ส่วนเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เงื่อนไขด้านบุคคล ด้านชุมชนและด้านสังคม

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เงื่อนไขด้านบุคคล (personal condition) ได้แก่ ตัวแปรการให้ความหมาย ตัวแปรความเชื่อและทัศนคติ ตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและตัวแปรความรู้ เงื่อนไขด้านชุมชน (community condition) ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม เงื่อนไขด้านสังคม (social condition) ได้แก่ ตัวแปรลักษณะของสังคม โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปร จากเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล เงื่อนไขด้านชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เพราะสามารถนำมาศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายได้ รวมถึงพบว่าตัวแปรข้างต้นส่งผลต่อตัวผู้ดูแลในการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านและคาดว่าจะทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในบริบทของกรุงเทพมหานครได้ ส่วนตัวแปรการให้ความหมายและปัจจัยเงื่อนไขด้านสังคมเป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงไม่ศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ทักษะคติของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกนึกคิดที่เป็นไปในทางบวกกับผู้สูงอายุ จะทำให้ไม่รู้สึกอคติ ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ

2.3.2 สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้วิจัยศึกษาจากรายได้ของผู้ดูแล โดยผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสจะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงใช้บริการทางสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ดูแลที่มีปัญหาทางการเงินส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านและแม้จะมีเงินแต่ภาระด้านต่างๆมีมากขึ้น ผู้ดูแลบางคนต้องทำงานเลี้ยงตัวเองและครอบครัว การต้องมาดูแลผู้สูงอายุจะส่งผลให้ต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

2.3.3 ความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลที่ซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ หากมีความรู้ในการดูแลที่ครอบคลุมจะสามารถส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลได้

2.3.4 การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน โดยมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหากได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น

รูปแบบการตอบสนองของผู้ดูแลนั้น ตัวบ่งชี้ในการดำเนินการ ประกอบด้วย การมีความรู้สึกเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อกลับบ้าน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดการมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนผ่าน มีพฤติกรรมตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านให้เป็นที่ประจักษ์ ชัดเจน เช่น ความรู้สึกยินดีที่จะต้องดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะถูกทำให้ชัดเจนและจะสะท้อนความสัมพันธ์ใหม่และความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตลอดการเปลี่ยนผ่านและการให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและลงตัว มีสถานที่และการอยู่ในสถานการณันั้น ซึ่งในวิจัยนี้คือ การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมถึงมีการพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการ ส่วนตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์เป็นการประเมินผลของกระบวนการที่ดำเนินไปเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้หรือไม่ คือ ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมในการดูแล ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (role mastery) เป็นดัชนีบ่งชี้ว่า การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะอยู่ในบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย ด้านการจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนผ่านในบทบาทของผู้ดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างสมบูรณ์ (พรพรรณ พรหมธัต, 2554)

การจัดกระทำทางการแพทย์พยาบาล เป็นวิธีการที่พยาบาลจะช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้สมบูรณ์และง่ายขึ้น บทบาทพยาบาลเริ่มตั้งแต่ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการเข้าสู่

บทบาทผู้ดูแล ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งเป็นตัวแปรตามในการศึกษาคั้งนี้ รวมถึงมีการเตรียมการให้ความช่วยเหลือและใช้บทบาทเสริม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนผ่านได้ สมบูรณ์และง่ายขึ้น

จากสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพร้อมในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ดูแลกำลังเปลี่ยนบทบาทซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ โดยมีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่ส่งผลต่อการส่งเสริมหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้ ด้านบุคคลประกอบด้วย ทักษะของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล ด้านชุมชนประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแล นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลก็สามารถส่งผลต่อความพร้อมได้เช่นกัน

3. แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะแสดงถึงการรับรู้ของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล (จอม สุวรรณโณ, 2541) โดยถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสถานะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (จันทร์รัมย์ ไตรย์ปักษ์และสมจิตร ตุลาทอง, 2551)

3.1 ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ให้ความหมายของคำว่า “พร้อม” เป็นคำวิเศษ หมายถึง คำแสดงกิริยาร่วมกัน เช่น ร้องเพลงพร้อมกัน ประมือพร้อมกัน หรือในเวลาเดียวกัน เช่น ไปพร้อมกัน ถึงพร้อมกัน โดยปริยายหมายความว่า ครบครัน เช่น งานพร้อม ดีพร้อม เตรียมพร้อมเสร็จ เช่น พร้อมแล้ว คำกิริยา หมายถึง เตรียมครบถ้วน เช่น พร้อมแล้ว

นันทนา รัตนากร (2536) ให้ความหมายของความพร้อมว่า เป็นสภาพที่ต้องมีการเตรียมการในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยมีความตั้งใจและพึงพอใจที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ด้วย

Good (1973 อ้างใน รุจิรา จงสกุลและคณะ, 2539) ให้ความหมายของความพร้อมว่า เป็นความสามารถตกลงใจ ความปรารถนา และความสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ความพร้อมเกิดจากลักษณะทางวุฒิภาวะ ประสบการณ์ของผู้เรียน ความพร้อมจึงเป็นการพัฒนาคนให้มีความสามารถที่จะเรียนหรือทำกิจกรรม

Thatcher et al (1970 อ้างใน รุจิรา จงสกุลและคณะ, 2539) ให้ความหมายของความพร้อมว่า สภาพหรือคุณภาพของการเตรียมพร้อมอันเนื่องมาจากการเตรียมการ ความถนัด ความกระตือรือร้น

กล่าวโดยสรุปว่า ความพร้อม หมายถึง การรับรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงด้วยดีได้

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล มาจากคำในภาษาอังกฤษที่พบได้บ่อย เช่น carer นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ หรือ caregiver นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) มีผู้ให้คำจำกัดความของผู้ดูแลไว้ ดังนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้อธิบายความหมายของ หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน คำสำคัญที่ปรากฏในความหมาย ได้แก่

1. ญาติ หรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต

2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือหรือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลต่างๆ

จอม สุวรรณโณ (2541) ได้อธิบายความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านที่ไม่ได้รับค่าจ้าง

Robinson & Stalker (1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2547) ได้อธิบายความหมายผู้ดูแล หมายถึง คำที่ใช้อธิบายบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพหรือจากบุคลากรจากหน่วยงานใด แต่เป็นผู้ให้การช่วยเหลือญาติ เพื่อน ที่พิการหรือเจ็บป่วยเสมอ เช่น การแต่งตัว ทำงานบ้าน ซื่อสิ่งของและอื่นๆ แม้กระทั่งการสนับสนุนให้กำลังใจ

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2543) ได้อธิบายความหมาย ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนและให้การดูแลด้วยใจรักและความเอื้ออาทร ดังนั้น ผู้ดูแลอาจเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

กล่าวโดยสรุปว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน ผู้ดูแลอาจเป็นคู่สมรส ลูก หลาน หรือสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ

ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

Fenwick (1979) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นความสมดุลระหว่างความสามารถ ข้อจำกัดของกระบวนการนึกคิด อารมณ์ และจิตใจ การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตสังคม ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต

Shaefer, Anderson & Simms (1990) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่จะกลับไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อที่บ้าน ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

Archbold et al (1992) ให้ความหมายของความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลว่า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อตนเอง ว่าเตรียมตัวเตรียมใจได้ดีมากน้อยเพียงใด ในการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล รวมไปถึงการรับกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

Stewart & Archbold (1994) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ ของผู้ป่วยรวมถึงการจัดการกับปัญหา ความเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทของผู้ดูแล

Weiss & Piacentine (2006) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการตัดสินใจ หรือการรับรู้สภาพผู้ป่วยและความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งแบ่งประเภทความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาและด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ

สุปราณี สมบูรณ์ (2548) กล่าวว่า ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล เป็นสภาวะของบุคคลที่มีลักษณะทางวุฒิภาวะที่จะตกลงใจที่จะเรียนรู้ ฝึกฝนร่วมกับประสบการณ์ของผู้เรียน มีแรงจูงใจและปรารถนาที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล

กล่าวโดยสรุป ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้าน การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือ รวมทั้งความพร้อมโดยรวมที่ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ

3.2 การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล พบว่า มีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลายแบบ ตามแนวคิดต่างๆ ที่มีผู้นิยมนำไปใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1) เครื่องมือวัดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดของ Finwick (1979) ใช้ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ใช้ ประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรักษา 2) ด้านการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านจิตสังคม 4) ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร 5) ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต

2) เครื่องมือวัดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ของ Stewart & Archbold (1986, 1994) ใช้ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านการหา ข้อมูลการให้บริการสุขภาพ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด 5) ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้ เกิดความพึงพอใจ 6) ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 7) ด้านการขอความช่วยเหลือ 8) ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ

3) เครื่องมือวัดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดของ Weiss and Piacentine (2006) ที่เรียกว่า Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) ใช้ประเมินการ รับรู้เกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึก ในวันก่อนจำหน่าย (สถานะด้านสุขภาพ) 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่บ้าน (ความรู้) 3) ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน (การปรับตัว) 4) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และช่วยเหลือที่บ้าน (การคาดหวังการได้รับสนับสนุน)

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกเครื่องมือวัดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ของ Stewart & Archbold (1986, 1994) ที่ Wirojratana (2002) แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ ใช้ในการ ประเมินผู้ดูแลรายใหม่ เหมาะกับการใช้ในรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (DeAnn, 2010) สามารถวัดความพร้อมได้ครอบคลุมทุกด้านในการดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนน ตั้งแต่ไม่มีความพร้อมเลยจนถึงมีความพร้อมมากที่สุด

3.3 ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลของ Stewart & Archbold (1986, 1994) ได้แบ่งความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็น 8 ด้าน ผู้วิจัยได้สรุปความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นทำการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบพึ่งพิงทั้งหมด ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้ง 10 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว 2) การล้างหน้า หวีผม โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้สูงอายุ

2) ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียตามวัย ผู้สูงอายุจึงต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความเคารพนับถือ และไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน (โสภา หอยสังข์, 2541) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องให้ความรัก ความเคารพนับถือ เอาใจใส่ รับฟัง และยอมรับพฤติกรรมบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย และต้องให้การดูแลไม่ให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว นอกจากนี้ การซักชวน พูดคุยและรับฟังประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุประทับใจในอดีต ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว้าวยังมีคนชื่นชม ความต้องการด้านสุนทรียะก็เป็นส่วนหนึ่งของความต้องการด้านจิตใจ (สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2536)

3) ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลโดยบุคคลในครอบครัว เช่น สามีภรรยา บุตร หรือญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นภาระหนัก ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อเจรจาหรือติดต่อบุคคลากรทางสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลและลดความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการรักษาหรืออาจต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องค่ารักษาพยาบาลด้วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นอกจากนี้ พบว่าแหล่งเครือข่ายทางสังคมจะมีส่วนสำคัญในการให้การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและวิธีการ ดูแลแก่ครอบครัวของผู้ป่วย (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2547)

4) ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นภาระที่หนักสร้าง ความเครียดให้แก่ผู้ดูแลซึ่งเป็นการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงเป็นเวลานานและผู้สูงอายุต้องการการดูแลใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2547)

ริพันธ์ สาสัตย์, 2543) ผู้ดูแลจึงควรมีเวลาพักผ่อน โดยการออกกำลังกาย นั่งสมาธิ ฟังธรรมและพูดคุยกับคนอื่นเพื่อลดภาวะความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเครียดในการดำเนินชีวิตเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ผู้สูงอายุตลอดเวลาและต้องรับภาระหนักทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกท้อทึง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกริโกรธ ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด วิตกกังวล (พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2544) หากผู้ดูแลได้มีการปรับประคับประคองจิตใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจในอาการป่วย เพื่อยอมรับและปรับตัวเข้าหาผู้ป่วยไม่ยึดอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นหลัก การหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแลผู้ป่วย เชื่อว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเมื่อระลึกถึงบุญคุณจะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแล (วรรณนิภา บุญระยอง, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลบางรายสมาชิกในครอบครัวจะให้การเกื้อหนุนด้านอารมณ์และจิตใจ โดยมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ การผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้พักผ่อนและร่วมกิจกรรมกับภายนอกและการเวียนมาให้กำลังใจกันอย่างสม่ำเสมอ จะมีส่วนช่วยในการสร้างความรู้สึกที่ดีมีกำลังใจในการดูแล (รัชฎา รัชนีนาม, 2543)

6) ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเข้าสู่ภาวะเสื่อมตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันโรครดต่ำลง อีกทั้งการขาดความสามารถที่จะเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ต้องนอนในท่าเดียนานๆ จึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ หรือภาวะสับสนขึ้นได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีเครือข่ายในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินและส่งต่อผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วทั้งที่

7) ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่เป็นจำเป็นจากโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีสภาพการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น ด้านสภาพเศรษฐกิจ เวลา ความเชื่อ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมและเครือข่ายสังคม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลเกื้อหนุนแก่ครอบครัวให้มีศักยภาพที่จะทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลอยู่ร่วมกันได้โดยปกติสุขสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนทางด้านสังคมทุกๆ ด้าน นอกจากนี้ยังพบแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมรองลงมา เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จะมีส่วนสำคัญในการให้การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และวิธีการดูแล การทราบแหล่งในการช่วยเหลือจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีที่ปรึกษาและมีข้อมูลในการตัดสินใจ เพื่อให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้ถูกต้อง

8) ความพร้อมของผู้ดูแลในด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม ภาวะพึ่งพิงเป็นภาวะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องของความสามารถเชิงปฏิบัติ โดยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องให้การดูแลช่วยเหลือในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับวิธีการดูแล มีการเตรียมตัว เตรียมความพร้อมและทราบแนวทางที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลรวมทั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพที่มี

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

ผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การที่จะให้การดูแลประสบผลสำเร็จนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่จะเกื้อหนุนและยับยั้งให้เกิดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลได้ ซึ่งวิจัยนี้ได้ศึกษาปัจจัยจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย ทักษะจิตของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมคือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ดังนี้

4.1 ทักษะจิตของผู้ดูแล

4.1.1. ความหมาย

ชวลิต สวัสดิผล (2533) กล่าวว่า ทักษะจิตเป็นการรวบรวมเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อและความจริงซึ่งได้แก่ความรู้ด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นการประเมินสิ่งต่างๆที่มีความเกี่ยวพันกัน ล้วนบรรยายให้รู้ถึงจุดที่เป็นแกนกลางของสิ่งนั้น หรือวัตถุนั้น ความรู้และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดพฤติกรรมชนิดใดชนิดหนึ่งขึ้นไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) กล่าวว่า ทักษะจิตเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบที่พร้อมจะมีปฏิกริยาเฉพาะต่อสถานการณ์ภายนอก

วิลาวรรณ ศรีงาม (2537) กล่าวว่า ทักษะจิตเป็นสิ่งที่เรามีอยู่ในใจ เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ทำให้เกิดเป็นความเชื่อ ความชอบ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ทักษะจิตทางบวกเมื่อรู้สึกชอบและแสดงการยอมรับโดยพร้อมที่จะเข้าไปหา หรือแสดงการปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงเมื่อไม่ชอบ ซึ่งเป็นทักษะจิตในทางลบและทักษะจิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าได้รับความรู้หรือประสบการณ์ใหม่

Howard Kendler (1963) กล่าวว่า ทักษะจิตเป็นสภาวะความพร้อมของบุคคล ที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาในทางสนับสนุนหรือต่อต้านบุคคล สถาบัน สถานการณ์ หรือแนวความคิด

Gazzaniga & Heatherton (2003) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ และยังเป็นสิ่งที่สามารถคาดการณ์การแสดงออกถึงพฤติกรรม

สรุปได้ว่า ทักษะคิด หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) พบว่า ทักษะคิดของผู้ดูแลมีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ ดังนั้น ทักษะคิดจึงมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแล ($r=.47, p < .05$)

4.1.2 การประเมินทักษะคิดต่อผู้สูงอายุ พบว่า มีแบบประเมินที่นิยมใช้มากที่สุด เช่น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2555)

1) Kogan Attitudes Towards Old People Scale (Kogan OP Scale) ของ Kogan (1961) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยปรับข้อความมาจากแบบที่ใช้วัดชาติพันธุ์หรือชนกลุ่มน้อย แบบวัดการแบ่งแยกเชื้อชาติและแบบวัดความนับถือทางศาสนา ร่วมกับกระบวนการคิดที่มองว่า ผู้สูงอายุเหมือนกันหมดที่ปรากฏอยู่โดยสร้างข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ Kogan OP Scale เป็นแบบที่มีเป้าประสงค์ที่ต้องการประเมินปัจจัยที่แฝงอยู่ที่มีผลต่อทักษะคิดต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 17 คู่ รวม 34 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับที่พักอาศัย ภาวะตั้งเครียด ความเป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน ความสัมพันธ์ระหว่างวัย ภาวะพึ่งพา รูปแบบภาวะเชาห์ ปัญญา บุคลิกลักษณะ ลักษณะรูปร่าง และอำนาจ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34 – 204 การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนยิ่งสูงจะยิ่งมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีข้อจำกัดด้านความยาวของแบบประเมิน คำที่ใช้ อาจไม่ทันสมัย แต่ยังเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้อยู่ในปัจจุบัน (Iwasaki and Jones, 2008 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2555) โดยมีการนำไปใช้ในการศึกษาเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแลและความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .756 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2555)

2) Aging Semantic Differential (ASD) ของ Rosencrantz & McNevin (1969) พัฒนามาจากเครื่องมือที่มีชื่อว่า The Semantic Differential Tradition ที่สร้างโดย Osgood, Suci and Tannenbaum (1975 อ้างใน Intrieri, Eye, and Kelly, 1995 และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2555) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดอคติที่มีอยู่หรือทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ (Intrieri, Eye, and Kelly, 1995 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2555) หรือวัดทัศนคติเชิงลบที่มองว่าผู้สูงอายุเหมือนกันหมด (stereotypic attitude) โดยการพยายามวัดเป้าหมายทัศนคติดั้งเดิม ประกอบด้วยข้อความ 24 ข้อ อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้มีข้อจำกัดที่ว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างไม่ชัดเจน (Iwasaki and Jones, 2008 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2555)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ Kogan Attitudes Towards Old People Scale มาวัดทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากเป็นแบบวัดที่เข้าใจง่าย และเป็นที่ยอมรับใช้อยู่ทั่วไป เคยถูกนำมาใช้ในประเทศไทยแล้วและเพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบผลวิจัยกับต่างประเทศได้

4.2 สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

ตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในงานวิจัยนี้ คือ รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาของ Laura & Karen (2014) พบว่า การเงินสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลได้ ($\beta = -.70, p = .01$) ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยวิธีการไม่ใช้ยา เมื่อมีการจัดการเรื่องการเงินที่ดี ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับ อธิรณช ห่านิรติศัยและปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความพร้อม คือ แหล่งช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ดังนั้น ในวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษา รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วัดโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

4.3 ความรู้ในการดูแล

4.3.1 ความหมาย

Schumacher & Meleis (1994) กล่าวถึง ระดับความรู้และทักษะในการดูแลหมายถึง การพัฒนาความรู้ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่จะพัฒนาบุคคลให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่อีกสถานะหนึ่งได้อย่างสมบูรณ์

Schumacher et al (2000) กล่าวถึง ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่า หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ และทักษะในการดูแลด้านร่างกายที่จำเป็น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Orem (2001) กล่าวถึง การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานอกจาก จะใช้ในการตัดสินใจแล้ว ยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย

สรุปได้ว่า ความรู้ในการดูแล หมายถึง ความสามารถด้านความรู้ความจำ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (Atchley, 1980)

4.3.2 องค์ประกอบของความรู้ในการดูแล ประกอบด้วย

1) ความต้องการพึ่งพิงด้านร่างกาย จะมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับภาวะร่างกายของผู้สูงอายุ มี 4 มิติ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ การกระทำหน้าที่ ความสามารถสำรองในการทำหน้าที่ และการใช้ประโยชน์จากความสามารถ ซึ่งผู้ดูแลมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ

2) ความต้องการพึ่งพิงด้านจิตใจ เพื่อให้เกิดความสุขสงบแก่จิตใจ ครอบครัวต้องให้ความรัก ความเคารพนับถือ ความเอาใจใส่ รับฟัง และยอมรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตามวัย

3) ความต้องการพึงพิงด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบตัวและสังคมมีผลต่ออารมณ์และจิตใจ ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมเข้าร่วมในสังคม

4) ความต้องการพึงพิงด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวช่วยตอบสนองความต้องการด้านเครื่องนุ่งห่ม อาหาร ที่อยู่อาศัย ค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนการหาซื้ออุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและความสุข

จากการศึกษาของจากการศึกษาของ พรพรรณ พรหมทัต (2554) พบว่า ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($r=.319, p < .01$) และธีรนุช ห่านิรติศัยและปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ผู้ดูแลต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ดังนั้น ความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแล โดยความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล และช่วยให้การดูแลนั้นมีความถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การประเมินความรู้ในการดูแล ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งคำถามการดูแลตามความต้องการพึงพิง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด มีจำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนยิ่งมากยิ่งมีความรู้ในการดูแลดีมาก

4.4 การสนับสนุนทางสังคม

4.4.1 ความหมาย

House (1981) ให้ความหมายว่า คือ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงการยอมรับนับถือ เห็นคุณค่า โดยให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ สิ่งของ เงินทอง คำแนะนำ การดูแลและการให้ข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981 อ้างใน ภัทรารกร วิริยวงศ์, 2539) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากความเกี่ยวข้องทางสังคมซึ่งช่วยเผชิญความเครียดในชีวิต

Khan (1991) ให้ความหมายว่า คือ เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังคนหนึ่ง การยืนยัน รับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้านเงินทองหรือสิ่งของต่างๆ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร

จากการศึกษาของ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ($r = .54, p < .01$) สอดคล้องกับ ธีรนุช ห่านิรติศัยและปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ผู้ดูแล

ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ข้อมูลเกี่ยวกับสถานรับการดูแลระยะยาวและอุปกรณ์การแพทย์สำหรับการดูแล เป็นต้น

4.4.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลายแบบตามแนวคิดต่างๆ ที่มีผู้นิยมนำไปใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) ซึ่งสร้างโดย Kaplan (1979) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

2) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn (1979) ที่เรียกว่า Norbeck Support Questionnaire Part Two (NSSQ 2) ซึ่งสร้างโดย Norbeck, Lindsey and Carrieri (1981) คำถามจะเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกันและการให้ความช่วยเหลือ

3) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) ซึ่งสร้างโดย Brandt and Weinert (1981) วัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล 2 ส่วน คือ โครงสร้างและหน้าที่ โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการ

รับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม

4) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) 2) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) โดยการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 หมวดตามแหล่งของการสนับสนุน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทีมสุขภาพ

5) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึกร่วม ความรู้สึกรัก ความเชื่อถือไว้วางใจและการดูแลเอาใจใส่ 2) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นหรือจำเป็น (จับต้องได้) หรือเป็นบริการที่ให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อผู้ที่มีความจำเป็นและความต้องการการช่วยเหลือ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) หมายถึงการให้คำแนะนำและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ 4) การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal) หมายถึง การให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือในการประเมินตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เนื่องจากประเภทของการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุม 4 ด้าน เหมาะสมกับการนำมาประเมินผู้ดูแล ประเมินได้จาก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลของ ภรภัทร อิมโธฐ (2550) มีจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน ตั้งแต่การสนับสนุนน้อยที่สุดจนถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

4.5 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

4.5.1 ความหมาย

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2553) กล่าวว่า ความเครียดในบทบาท เป็นความยากลำบากในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล ปัญหาด้านการสื่อสาร บทบาทขัดแย้ง ความกังวลใจ ขาดแหล่งสนับสนุน ภาวะด้านเศรษฐกิจ รู้สึกต้องทำหน้าที่ตามที่ถูกผู้ป่วยเรียกร้อง เพิ่มความตึงเครียด ความคาดหวังไม่ตรงกัน มีความเครียดโดยรวม และมีความรู้สึกผิด

Given et al (2001) กล่าวว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Role Strain) เป็นความรู้สึกยากลำบาก ในการทำบทบาทต่างๆ ให้สมบูรณ์ ได้แก่ บทบาทการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การทำงาน การเงินและสัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในบ้าน

Hardy & Conway (1988) กล่าวว่า ความเครียดในบทบาททำให้เกิดความคับข้องใจ ตึงเครียดและวิตกกังวล

Archbold et al (1990) กล่าวว่า ความเครียดในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการกระทำบทบาทการให้การดูแล

ดังนั้น ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีความยากลำบากในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท การแสดงบทบาทไม่ตรงตามที่คาดหวัง มีความตึงเครียดเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล

4.5.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล คือ ภาระงานที่หนักที่ต้องคอยดูแลผู้สูงอายุนอกเหนือจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ บางครั้งทำให้ผู้ดูแลทำบทบาทหน้าที่บางอย่างบกพร่อง หรือทำไม่เต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลตามมาได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) สามารถแบ่งสาเหตุของความเครียดออกได้เป็น 2 ประการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

1) Primary Stressor เป็นความเครียดที่เกิดจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย จากสาเหตุของข้อจำกัดทางร่างกายและความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องและในบางครั้งผู้ป่วยมักมีการแสดงออกโดยเป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย

ทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจและรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนในการแสดงบทบาทผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลจึงมีความต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง การสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ในด้านต่างๆ

2) Secondary Stressor เป็นความเครียดที่เกิดจากผลของการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ การสูญเสียอิสระ การสูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและยังได้รับแรงกดดันจากความคาดหวังในบทบาทผู้ดูแลจากครอบครัว ซึ่งภาวะเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางด้านสุขภาพต่อผู้ดูแลทั้งสิ้น

ในวิจัยนี้ศึกษาความเครียดที่เกิดจากการรับบทบาทใหม่ โดยมีสาเหตุจากความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ และรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนในการแสดงบทบาทผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงแรงกดดันจากความคาดหวังในบทบาทผู้ดูแลจากครอบครัว

จากการศึกษาของพรพรรณ พรหมทัต (2554) พบว่า ความเครียดในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($r=-.286, p< .01$) สอดคล้องกับเพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมาร (2555) พบว่า ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ($\beta=-.54, p< .001$)

4.5.3 การประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล พบว่า มีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้ ดังนี้

1) การประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลตามแนวคิดของ Hardy และ Conway (1988) ประเมินได้จากองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความไม่สอดคล้องกับบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท การดำรงบทบาทมากเกินไปและความคลุมเครือในบทบาท

2) การประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลตามแนวคิดของ Pearlin ประเมินได้จากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความขัดแย้งในบทบาท การมีบทบาทมากเกินไปและการจำยอมในการดำรงบทบาท ที่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่เต็มใจที่จะรับบทบาทนั้น

3) การประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลตามแนวคิดของ Given และคณะ (2001) ประเมินได้จากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแล การมีบทบาทหลายอย่างที่ต้องกระทำ ความต้องการด้านเวลา ความต้องการทางด้านรายได้ การช่วยเหลือในการดูแล

4) การประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลตามแนวคิดของ Archbold และคณะ (1990) ประเมินได้จากองค์ประกอบทั้ง 9 ด้าน ได้แก่ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน ความเครียดจากความวิตกกังวล ความเครียดจากการขัดแย้งในบทบาท ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย ความเครียดจากความไม่ตรงตามบทบาทที่คาดหวัง ความเครียดจากความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ความเครียดจากความรู้สึกถูกคุกคามและความเครียด

โดยทั่วไปในการให้การดูแล แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ของ Wirojratana (2002) ที่แปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษด้วยผู้เชี่ยวชาญภาษา จากแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของ Stewart & Archbold (1986) ที่พัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ต่อมา Burns, Stewart & Archbold (1993) ได้รับการยอมรับจาก NANDA ให้เป็นวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ มโนคติความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Archbold และคณะ (1990) เนื่องจากเป็นที่นิยมใช้อยู่ทั่วไป เคยถูกนำมาใช้ในประเทศไทยแล้วและเพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบผลวิจัยกับต่างประเทศได้ รวมถึงผู้วิจัยสามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับลักษณะงานวิจัย สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแล 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความขัดแย้งในบทบาทและด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากเมื่อพิจารณาข้อคำถามมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดในบทบาท มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ตั้งแต่มีความเครียดในบทบาทน้อยที่สุดจนเครียดในบทบาทมากที่สุด

5. บทบาทของพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้บุคคลและครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านได้สำเร็จ โดยต้องประเมินความเป็นทั้งหมดของครอบครัว (whole family) ความรู้สึกมีความผูกต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวต่อเครือข่ายทางสังคมและชุมชน ทั้งนี้ ในการบำบัดทางการพยาบาลในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วยการประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่และการใช้บทบาทเสริม ในการประเมินความพร้อมนั้น พยาบาลจำเป็นต้องประเมินทั้งความพร้อมของบุคคลและครอบครัว ดังต่อไปนี้ (บุญมี ภูด่านจัว, 2556)

5.1 การประเมินปัญหาของครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของครอบครัวในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ทั้งที่ได้จากการซักประวัติ เอกสาร การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม หรือเครื่องมือในการประเมินเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว หน้าที่ของครอบครัวและข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะครอบครัว สภาพที่อยู่ อาศัย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ หน้าที่ บทบาท สัมพันธ์ภาพ สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารและอำนาจการตัดสินใจในครอบครัว วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมของครอบครัว พัฒนาการครอบครัว ภาวะวิกฤตที่ครอบครัวเคยประสบ การเผชิญปัญหาของครอบครัวและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แหล่งช่วยเหลือ สนับสนุน รวมถึงพิจารณาโครงสร้างของชุมชน

นอกจากนั้น พยาบาลควรประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทักษะ ทักษะ การรับรู้และความพร้อม ทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลและครอบครัวต่อเหตุการณ์ ต่อโรค หรือการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ร่วมด้วย

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ึ่งจะช่วยให้พยาบาลประเมินและ วิเคราะห์ปัญหา ของครอบครัวได้อย่างครอบคลุม โดยพยาบาลควรวิเคราะห์และอธิบายได้ถึงประเภท ของการเปลี่ยนผ่าน แบบแผนการเปลี่ยนผ่าน คุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่านที่ประเมินได้จาก ครอบครัวที่ศึกษา การให้ความหมายเชิงสังคมหรือวัฒนธรรมของครอบครัวต่อโรค หรือต่อเหตุการณ์ ที่เผชิญ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ การเตรียมตัวต่อการเปลี่ยนผ่านหรือแก้ปัญหาจุดอ่อนและจุดแข็งของ ครอบครัว หรือปัจจัยที่เอื้อและยับยั้ง ต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน เป็นต้น

5.3 การวางแผนทางการพยาบาล หากพยาบาลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลครอบครัวได้ ครอบคลุม ย่อมนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมบุคคลและครอบครัวให้พร้อมต่อการ เปลี่ยนผ่าน เกิดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ การวางแผนทางการ พยาบาล ควรคำนึงถึงสหสาขาวิชาชีพ บุคคล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่พยาบาล อาจต้องประสานงาน เพื่อเป็นเครือข่ายให้ความช่วยเหลือครอบครัวร่วมด้วย

5.4 การปฏิบัติทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมบุคคลและครอบครัวให้พร้อมต่อ การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ซึ่งพยาบาลควรใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้การปฏิบัติตามแผนการ พยาบาลที่กำหนดไว้บรรลุเป้าหมาย โดยแนวคิดที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคม การ เสริมพลังอำนาจ การสร้างแรงจูงใจ การเรียนรู้ รวมถึงการใช้บทบาทเสริม เช่น การให้ความรู้ คำ แนะนำ การฝึกทักษะและการแสดงบทบาทสมมติ พยาบาลเป็นพี่เลี้ยงคอยชี้แนะ เป็นต้น ซึ่งการ ปฏิบัติการพยาบาลควรอยู่บนการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับ หน่วยรับบริการทั้งที่เป็นบุคคลและครอบครัว การมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกร่วม การอยู่ใน สถานการณ์ การมีเป้าหมายเดียวกันและการสร้างความเชื่อมั่น อันจะส่งเสริมให้ตัวชี้วัดเชิง กระบวนการเป็นไปด้วยดี ช่วยให้ผู้บุคคลและครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านได้ประสบความสำเร็จ

5.5 การตระหนักถึงตัวบ่งชี้กระบวนการและผลลัพธ์ พยาบาลควรคำนึงถึงตัวบ่งชี้เชิง กระบวนการและตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์จากการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว เช่น ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล กลวิธีที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหา คุณภาพชีวิต ของครอบครัว ความเข้มแข็งของบทบาทและความสุขในครอบครัว เป็นต้น

5.6 บทบาทในการประสานการดูแล โดยการประสานงานและวางแผนการดูแลหลังจำหน่าย ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการที่เยี่ยมบ้านในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องโดยประเมิน และสอนเทคนิคการดูแลเฉพาะโรค (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษ ตลอดจนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (Fights, 2011)

6. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยศึกษาข้อมูลจากญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เคยและไม่เคยอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 200 คน พบว่า ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกันมีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .5$) เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนทั้ง 5 ด้าน ซึ่งได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เคยและไม่เคยอยู่ในโรงพยาบาลมาเปรียบเทียบกันพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยอยู่รักษามีค่าเฉลี่ยความพร้อมสูงกว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เคยอยู่รักษาในโรงพยาบาลและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .003$) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความพร้อมของครอบครัวในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้ ($r = .47$) ทักษะคิด ($r = .47$) การรับรู้/การเผชิญปัญหา ($r = .46$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุรีรัตน์ กอผจญ (2545) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 42.30 ปี ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 2.38 ปี และมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 14.82 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาสุขภาพทั้งก่อนและระหว่างดูแล กลุ่มตัวอย่าง มีความพร้อมในการดูแล และรางวัลที่ได้รับจากการดูแลในระดับสูง ($mean=21.54$, $SD=5.23$ และ $mean=78.14$, $SD=13.81$ ตามลำดับ) มีความเครียดในบทบาทในระดับต่ำ ($mean=24.02$, $SD=15.16$) ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.361$, $p < .001$) และสามารถอธิบายความผันแปรของความเครียดในบทบาทได้ร้อยละ 13.1

บุษรา ศรีสุพัฒน์ (2552) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการจำหน่าย โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 82 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พรพรรณ พรหมทัต (2554) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอรายใหม่ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 85 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($r=0.319$, $p < .01$) และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแล ($r=-0.286$, $p < .01$) โดยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ร้อยละ 15.1, $p < .05$

ชนิดา โฆษคลัง (2554) ศึกษาวิจัยเรื่อง ความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุรายใหม่ที่มาใช้บริการที่แผนกอายุรกรรม จำนวน 37 คน พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมระดับมาก ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ และผู้ดูแลต้องการความรู้เรื่องการขอความช่วยเหลือ และขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมกร (2555) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับการรักษา ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 130 ราย พบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ($r = .21$, 54 และ $.55$, $p < .01$ ตามลำดับ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบคือความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ($r = -.54$, $p < .01$) ปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ได้ร้อยละ 54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .54$, $p < .001$) โดยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลได้สูงสุด ($\beta = -.54$, $p < .001$)

สุวิณี วิวัฒน์วานิชและคณะ (2555) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน หลังได้รับการจำหน่ายและรอกกลับบ้านในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำในผู้ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ เป็นการสำรวจแบบวันเดียว พบว่า ญาติและครอบครัวจำนวนหนึ่งไม่พร้อมในการดูแลด้วยสาเหตุที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการดูแลที่ซับซ้อน ไม่สามารถทำกายภาพบำบัด ต้องการการช่วยเหลือเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแล ต้องการการช่วยเหลือเรื่องปรับปรุงบ้านพักอาศัยเพื่อให้สะดวกในการ

ดูแล จากปัญหานี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ดีพอ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

อรอนงค์ กุลณรงค์และคณะ (2555) ศึกษาวิจัยเรื่อง ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องตรวจโรงพยาบาลศูนย์ยะลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.57$) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.92$) และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.08$) ผลการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r=-.28$, $p<.01$)

ธีรนุช ห่านิรัตติย์และปริญญา แร่ทอง (2556) ศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6 คน พบว่า การรับรู้ความพร้อมในการดูแล ในระยะแรกรู้สึกกังวล กลัว หมดกำลังใจ เครียด สับสน เคืองคว้าง กลัวดูแลไม่ได้ ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความพร้อม ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง แหล่งช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ข้อมูลเกี่ยวกับสถานรับการดูแลระยะยาว และอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการดูแล

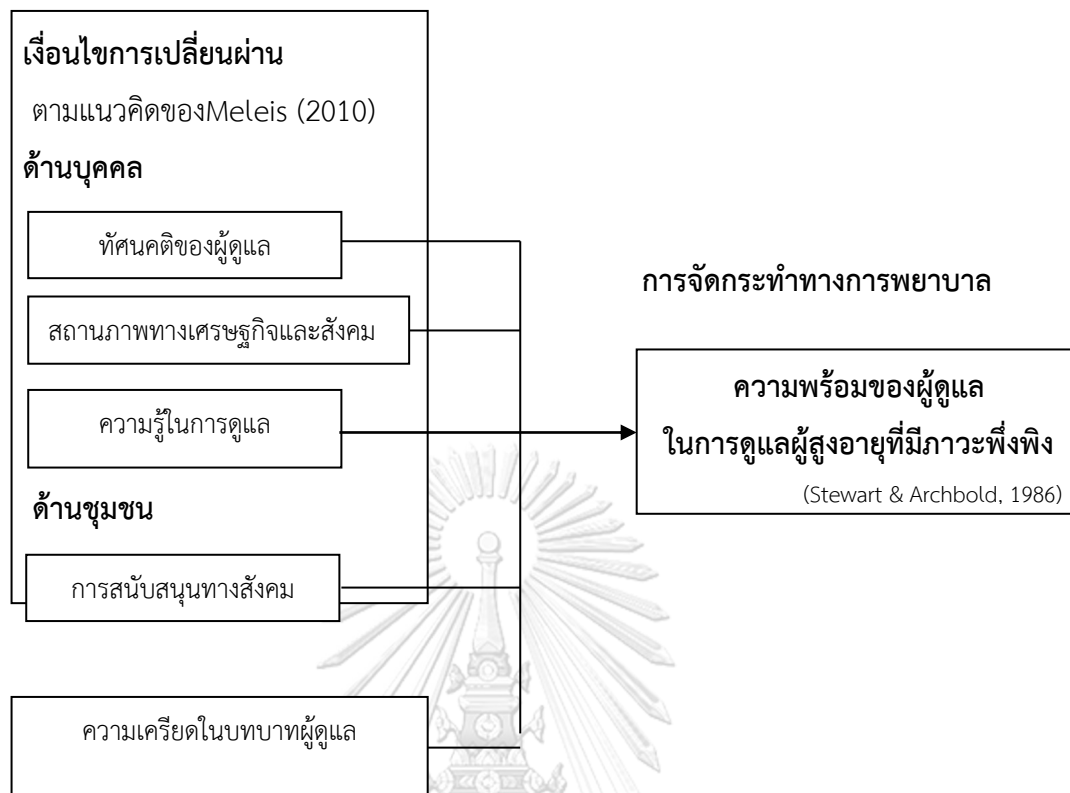
อรทัย บุญชูวงศ์และคณะ (2560) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 108 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย โดยความวิตกกังวลของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแล ($\beta=-.43$, $p<.05$)

Laura & Karen (2014) ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการใช้วิธีการไม่ใช้ยาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 119 คน พบว่า ช่วง 2 สัปดาห์แรก ความพร้อมสัมพันธ์กับอารมณ์ของผู้ดูแล ปัญหาทางการเงิน ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดจากโรค และระยะ 16 สัปดาห์หลัง เมื่อผู้ดูแลจัดการเรื่องการเงินได้ดีขึ้นจะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษามากขึ้น การเงินสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแล ($\beta=-.70$, $p=.01$)

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความพร้อมของผู้ดูแลมีความสำคัญเพราะสามารถส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ ผู้ดูแลที่มารับบทบาทใหม่จำเป็นต้องผ่านระยะเปลี่ยนผ่านก่อนกลับไปดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้าน ดังนั้น หากเราสามารถทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลได้ ก็จะสามารถช่วยให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างสมบูรณ์ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลไม่พร้อมในการดูแลเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน ทำให้มีการศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนกลับบ้านโรคต่างๆ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องโรค ทักษะคิด การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล การศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลที่ผ่านมา นั้น เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาแยกตามโรค แต่ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุนั้นสามารถเกิดได้กับคนที่ไม่มีโรคหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทในการดูแล ซึ่งไม่เคยทำมาก่อน ถือเป็นประสบการณ์ใหม่ ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลจะช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์สามารถวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้สูงอายุ รวมถึงที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างจังหวัด ซึ่งบริบทแตกต่างกับกรุงเทพมหานคร รวมถึงทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010) นั้นเกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลในการประเมินความพร้อมและให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ให้สามารถจัดการการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งได้ และทฤษฎีนี้ช่วยค้นหาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุก่อนกลับบ้านได้ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ทักษะของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับบ้าน โดยที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง โดยที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง (Direct care) ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
2. เป็นผู้ที่มีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน
3. ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน
4. ได้รับการสอนและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วจากแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
5. มีการรับรู้ปกติ สื่อความหมายเข้าใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งคำนวณ ดังต่อไปนี้ $n \geq 10k + 50$ โดย N เท่ากับ จำนวนกลุ่มตัวอย่างและ k เท่ากับ ตัวแปรที่ศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 6 ตัวแปร จึงแทนค่าในสูตรได้ $n \geq (6 \times 10) + 50$ เท่ากับ 110 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 (Polit & Hungler, 1995) เพื่อป้องกันการสูญหายและหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 121 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) เพื่อที่จะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน ที่ดีของประชากร โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มสังกัด ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมากเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่ที่เป็นตัวแทนของประชากร โดยมีรายละเอียดสังกัดและโรงพยาบาลในสังกัดดังต่อไปนี้

1. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเลศิรินทร์และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
2. สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
3. สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
4. สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติ
5. สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์และโรงพยาบาลตากสิน
6. สังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สุ่มสังกัด 3 สังกัดจาก 6 สังกัด โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาล สังกัดละ 1 แห่ง โดยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลตำรวจ

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของตัวอย่างที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ รวมทั้งสิ้นจำนวน 121 คน

เพื่อเพิ่มความน่าจะเป็นในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสังกัด ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในย้อนหลัง 3 เดือน ทำการเฉลี่ยต่อเดือนในการคำนวณสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้ทำการประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทุกคนที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1 สรุปสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (n=121)

รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการแผนก ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อเดือน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลราชวิถี	1,265	55
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	782	34
โรงพยาบาลตำรวจ	736	32
รวม		121

ภายหลังเก็บข้อมูลครบ 121 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และไม่สามารถติดตามได้ จึงมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 117 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2541) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel ADL Index ของ Mahoney and Barhtel (1965) เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การเคลื่อนไหว การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.87 (นงนุช แยมวงษ์, 2557)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลจากคะแนนรวมของความสามารถทั้งหมด 10 กิจกรรม เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

0-4	คะแนน	ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด
5-8	คะแนน	ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก
9-11	คะแนน	ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง
12	คะแนน	ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้ Barthel ADL Index คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากถึงพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด คือ ระดับคะแนน 0-8 คะแนน

งานวิจัยนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 58.12 และผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 41.88

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน สมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแล

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรค และโรคร่วมอื่น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ

แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุโคแกน (Kogan's Attitude toward Old People Scale: KOAP) ที่ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) แปลและตรวจสอบการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุโคแกน ของ Nathan Kogan (1961) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับใช้แพร่หลายทั่วโลก มีทั้งหมด 34 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ และเคยนำไปใช้ในงานวิจัยเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแลและความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล มีค่าความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .76

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามแบ่งออกเป็นคำถามเชิงบวก 17 ข้อ (ข้อคำถามเลขคู่) และคำถามเชิงลบ 17 ข้อ (ข้อคำถามเลขคี่) เป็น Rating scale เริ่มจากไม่เห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	6	1
เห็นด้วยเล็กน้อย	5	2
เห็นด้วย	4	3
ไม่เห็นด้วย	3	4
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	2	5
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	6

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 34 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34-204 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้น 5 ระดับ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{204-34}{5} \\ &= 34 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

คะแนน 34 – 67	หมายถึง	ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกน้อยมาก
คะแนน 68 – 101	หมายถึง	ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกน้อย
คะแนน 102 – 135	หมายถึง	ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกปานกลาง
คะแนน 136 – 169	หมายถึง	ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกดี
คะแนน 170 – 204	หมายถึง	ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบสอบถามนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากแบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ โศกแทนเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลกและผ่านการใช้ในประเทศไทยมาแล้ว

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและสร้างเครื่องมือขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการพึ่งพิงของผู้สูงอายุของ Atchley (1980) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการพึ่งพิงด้านร่างกาย ความต้องการพึ่งพิงด้านจิตใจ ความต้องการพึ่งพิงด้านสังคมและความต้องการพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ โดยใช้วัดความสามารถด้านความรู้ความจำ ความเข้าใจและการนำไปใช้ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบ “ใช่”	ให้	1 คะแนน
ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบ “ไม่ใช่”	ให้	0 คะแนน
ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบ “ไม่ทราบ”	ให้	0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมี 1 คะแนน ทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ การแปลผลจะใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้น 5 ระดับ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) ได้อันตรภาคชั้น เท่ากับ 4

การแปลผลคะแนน

คะแนน 0-3 หมายถึง	มีความรู้ในการดูแลน้อยมาก
คะแนน 4-7 หมายถึง	มีความรู้ในการดูแลน้อย
คะแนน 8-11 หมายถึง	มีความรู้ในการดูแลปานกลาง
คะแนน 12-15 หมายถึง	มีความรู้ในการดูแลดี
คะแนน 16-20 หมายถึง	มีความรู้ในการดูแลดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและปรับแก้ไข จากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของแบบสอบถามและความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 2 คน และนักจิตวิทยา 1 คน

ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์นำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index for items: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2012)

คำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อความนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่า I-CVI เท่ากับ 0.97 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน

ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับแก้ ดังนี้

ปรับแก้ข้อความส่วนความเหมาะสมของภาษา

ข้อ 2 “ดูแลทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุ อุจจาระ ปัสสาวะรด” ปรับเป็น “ดูแลทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุ อุจจาระ ปัสสาวะรดทันที”

ข้อ 6 “ควรสัมผัสแสดงความรักกับผู้สูงอายุ เช่น จับมือ โอบกอด จูบ” ปรับเป็น “ควรสัมผัสแสดงความรักกับผู้สูงอายุ เช่น จับมือ โอบกอด”

ข้อ 7 “ปรึกษาแพทย์เมื่อผู้สูงอายุมีอาการ เศร้าใจ เหม่อลอย พุดน้อย ร้องไห้ แยกตัว” ปรับเป็น “ปรึกษาแพทย์เมื่อผู้สูงอายุมีอาการ เศร้าใจ เหม่อลอย พุดน้อย ร้องไห้ แยกตัว หรือมีพฤติกรรมสับสน”

ข้อ 8 “ผู้สูงอายุต้องการการอยู่เป็นเพื่อน ความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว” ปรับเป็น “ผู้สูงอายุต้องการมีคนเป็นเพื่อนและต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว”

ข้อ 10 “ช่วยผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น เตรียมอาหารใส่บาตร นิมนต์พระมาให้ผู้สูงอายุใส่บาตรที่บ้าน ละหมาด” ปรับเป็น “ช่วยผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น เตรียมอาหารใส่บาตร นิมนต์พระมาใส่บาตรที่บ้าน หรือทำละหมาด”

ข้อ 12 “ดูแลให้ได้พบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูง” ปรับเป็น “ดูแลให้ผู้สูงอายุได้พบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูง”

ข้อ 13 “ส่งเสริมให้ทำงานอดิเรกง่ายๆ ได้” ปรับเป็น “ส่งเสริมให้ทำงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ”

ข้อ 14 “รับฟังและตอบคำถามให้เกิดความมั่นใจในกรณีผู้สูงอายุถามซ้ำแล้วซ้ำอีก” ปรับเป็น “รับฟังและตอบคำถามให้เกิดความมั่นใจในกรณีที่ผู้สูงอายุมีการถามซ้ำ”

ข้อ 20 “สนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือทางด้านความเป็นอยู่และความมั่นคงทางด้านรายได้” ปรับเป็น “ให้เงินผู้สูงอายุใช้ส่วนตัว เพื่อช่วยเหลือทางด้านความเป็นอยู่และความมั่นคงทางด้านรายได้”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ความเที่ยง

โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) แบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 ซึ่งบุญใจ ศรีสถิตนรากร (2553) ได้กำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ ต้องมากกว่า 0.70 จึงถือว่าแบบวัดที่มีความเที่ยงที่ใช้ได้มีความคงที่ในการวัด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ ภรรยา อิมโธรู (2550) ที่สร้างขึ้น ตามแนวคิดของ House (1981) มีค่าความตรงของเครื่องมือ (Content validity index) เท่ากับ 0.78 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.76 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ ด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามมี 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ได้รับมากน้อยเพียงใด

ตอนที่ 2 ได้รับจากใคร ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5

ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด
คะแนน 4 มาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมาก
คะแนน 3 ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนปานกลาง
คะแนน 2 เล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนเล็กน้อย
คะแนน 1 ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ข้อคำถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ทั้งหมดจำนวน 18 ข้อคำถาม รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เกณฑ์การประเมินค่าคะแนน กำหนดค่าคะแนน ดังนี้

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคม ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคม ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม
ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม
ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน นักจิตวิทยา จำนวน 1 คนและพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 2 คน

เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content validity index for items: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2012) จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้ของแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า I-CVI เท่ากับ 0.95

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

เป็นแบบวัดการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความยากลำบากในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ Stewart & Archbold (1986) ที่พัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและได้นำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมา Wirojratana (2002) ได้แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับจากแบบประเมิน เมื่อนำมาใช้ในประเทศไทยได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมและนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (จัวร์ตัน กอผจญ, 2545) ดังนี้

ด้านความขัดแย้งในบทบาท เท่ากับ 0.77 – 0.92

ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.62 – 0.86

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 5	หมายถึง	มากที่สุด
คะแนน 4	หมายถึง	มาก
คะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างมาก
คะแนน 2	หมายถึง	เล็กน้อย
คะแนน 1	หมายถึง	ไม่เลย

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ผู้วิจัยเลือกมา 2 ด้าน ดังนี้

ด้านความขัดแย้งในบทบาท เป็นการถามถึงอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ในบทบาทอื่นๆ มากน้อยเพียงใด ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 14 - 70 คะแนน

ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น เป็นการถามความรู้สึกในระหว่างดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่โรงพยาบาล ว่ามีผลกระทบทางลบต่อชีวิตของผู้ดูแลหรือไม่ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 14 - 70 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ทั้ง 2 ด้าน รวมมีจำนวน 28 ข้อคำถาม รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เกณฑ์การประเมินค่าคะแนน กำหนดค่าคะแนน ดังนี้

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง	ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง	ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง	ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง	ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง	ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบสอบถามนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลกได้รับการแปลและแปลย้อนกลับและผ่านการใช้ในประเทศไทยมาแล้ว

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงด้านความขัดแย้งในบทบาทเท่ากับ .86 และด้านความตั้งใจเตรียมมากขึ้น เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ว่ามีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ของ Stewart & Archbold (1986) ที่พัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและได้นำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.86-0.92 ต่อมา Wirojratana (2002) ได้แปลเป็นภาษาไทยแปลย้อนกลับ จากนั้นปรับเนื้อหาของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่แตกต่างกันออกไป ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.86 (จรีรัตน์ กอผจญ, 2545) ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความพร้อมเลย
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีความพร้อมเล็กน้อย
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	มีความพร้อมค่อนข้างมาก
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีความพร้อมมาก
ระดับคะแนน 5	หมายถึง	มีความพร้อมมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ทั้งหมดจำนวน 8 ข้อคำถาม รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของความพร้อมของผู้ดูแล เกณฑ์การประเมินค่าคะแนน กำหนดค่าคะแนน ดังนี้

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	ความพร้อมของผู้ดูแล ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	ความพร้อมของผู้ดูแล ระดับมาก

- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ความพร้อมของผู้ดูแล
ระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง ความพร้อมของผู้ดูแล
ระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง ความพร้อมของผู้ดูแล
ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัย
ไม่ได้นำแบบสอบถามนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากได้รับการแปลและแปลย้อนกลับ
เป็นเครื่องมือมาตรฐาน นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลกและผ่านการใช้ในประเทศไทยมาแล้ว

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำ
แบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหา
ค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) แบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงด้านความขัดแย้งในบทบาทและด้านความตึงเครียดมากขึ้น
เท่ากับ 0.90

ตารางที่ 2 ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้
(n = 30)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ	.80
แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	.72
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	.83
แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	.89
ด้านความขัดแย้งในบทบาท	.86
ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	.93
แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล	.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้ว เสนอต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาศึกษาเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

1.2 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

1.3 หลังจากได้หนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกเพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลประจำการในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กระดูกและข้อ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยตา เพื่อขอทำการคัดเลือกผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติจากแฟ้มประวัติและคัดกรองผู้สูงอายุด้วยการประเมิน Barthel ADL index จากนั้นพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเรื่องแผนการดูแลผู้สูงอายุเมื่อแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน หากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติและมีความประสงค์จะรับผู้สูงอายุกลับไปดูแลเองที่บ้าน จึงติดต่อให้เข้าร่วมการวิจัย

2.2 เมื่อผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัว เชิญชวนให้เข้าร่วมวิจัยโดยการอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายช่วงเวลาที่จะมาทำการเก็บข้อมูลวิจัย คือ ภายหลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณคนละ 30 นาที – 1 ชั่วโมง หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ โดยผู้วิจัยจะถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าต้องการตอบแบบสอบถามเอง หรือให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้

2.4 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติมทันที หากผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้เลือกตอบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วน ตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง

2.5 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด 121 ชุด พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนและไม่สามารถติดตามได้ จึงมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 117 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2560 (158/2560) โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2560 (ว.97/2560) และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2560 (046/2560) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2560 ถึงเดือน พฤษภาคม 2561 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยในจากทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยก่อนการเก็บรวบรวม ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยที่ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งทั้ง 3 โรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผล หรือคำอธิบายใดๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบประเมินทันทีและนำส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึกและความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจและแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติใดๆ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละกับข้อมูล เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ แหล่งประโยชน์ในชุมชน ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรคและโรคร่วมอื่นๆ

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าพิสัย กับข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว

3. วิเคราะห์ทัศนคติของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของชูศรี วงศ์รัตน์ (2553) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การแปลผล

.70 -1.00

มีความสัมพันธ์ระดับสูง

.30 - .69

มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

<.29

มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ส่วนเครื่องหมาย + หรือ - หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะบอกถึงทิศทางของความสัมพันธ์ โดยที่หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน (ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง อีกตัวหนึ่งจะมีค่าสูงไปด้วย) ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกันข้าม (ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง อีกตัวหนึ่งจะมีค่าต่ำ)

5. ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ทักษะการคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาท ต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 117 คน นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการอธิบาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน สมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแล ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 3

2. ข้อมูลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรคและโรคร่วม ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4-5

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทัศนคติของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 6-15

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ทักษะการคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 16-19

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน สมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแล

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	86	73.50
ชาย	31	26.50
อายุ ($\bar{x} = 51.63$, $SD = 12.374$, $min = 22$, $max = 80$)		
20 – 39 ปี	27	23.08
40 – 59 ปี	56	47.86
60 ปี ขึ้นไป	34	29.06
สถานภาพสมรส		
คู่	66	56.41
หม้าย	8	6.84
โสด	38	32.48
หย่า/แยก	5	4.27
ศาสนา		
พุทธ	112	95.73
อิสลาม	3	2.56
คริสต์	2	1.71
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	0.85
ประถมศึกษา	19	16.24
มัธยมศึกษา	30	25.64
อนุปริญญา	4	3.42
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	59	50.43

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.42
การประกอบอาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	28	23.93
รับจ้าง	27	23.08
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	22.22
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	14	11.97
รับราชการ	14	11.97
อื่นๆ	8	6.84
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน) (\bar{x} = 62,230.77, SD = 68410.070, min = 5,000, max = 600,000)		
≤ 30,000 บาท	40	34.19
30,001 – 75,000 บาท	49	41.88
> 75,000 บาท	28	23.93
รายได้ของผู้ดูแล (ต่อเดือน) (\bar{x} = 17,696.58, SD = 12,533.341, min = 0, max = 60,000)		
≤15,000 บาท	62	52.99
15,001 – 40,000 บาท	51	43.59
> 40,001 บาท	4	3.42
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	62	52.99
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	41	35.04
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	14	11.97
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ		
บุตร	72	61.54
สามี/ภรรยา	19	16.24
ญาติ/พี่น้อง	15	12.82
หลาน	11	9.40

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (\bar{x} = 16.54, SD = 6.880, Min = 6 ชั่วโมง/วัน , Max = 24 ชั่วโมง/วัน)		
6 – 12 ชั่วโมง/วัน	61	52.14
13 – 18 ชั่วโมง/วัน	4	3.42
19 – 24 ชั่วโมง/วัน	52	44.44
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 – 3 คน	47	40.17
4 – 6 คน	63	53.85
7 – 9 คน	6	5.13
10 คนขึ้นไป	1	0.85
จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล		
ไม่มีเลย	15	12.82
1 – 3 คน	93	79.49
4 – 6 คน	7	5.98
7 – 9 คน	2	1.71
คนที่ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ญาติพี่น้อง	46	39.32
บุตร	35	29.91
สามี/ภรรยา	23	19.66
พ่อ/แม่	17	14.53
หลาน	16	13.68
อื่นๆ	8	6.84
แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแล		
ศูนย์บริการสาธารณสุข	60	51.28
ไม่มีเลย	33	28.21
อาสาสมัครชุมชน/อาสาสมัครหมู่บ้าน	19	16.24
เพื่อนบ้าน	3	2.56
ประธานชุมชน	1	0.85

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	1	0.85

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.50 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี (\bar{x} = 51.63, S.D. = 12.37) คิดเป็นร้อยละ 47.86 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.41 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.73 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 50.43 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 23.93 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 30,001-75,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 41.88 ผู้ดูแลมีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 52.99 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 52.99 ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 61.54 ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ 6-12 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 52.14 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่คือ 4 คน ร้อยละ 24.79 มีจำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล คือ 1 คนมากที่สุด ร้อยละ 42.74 คนที่ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล คือ ญาติพี่น้องมากที่สุด ร้อยละ 39.32 แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแลส่วนใหญ่ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 51.28

2. การวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และที่มาของรายได้

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=121)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	68	58.12
ชาย	49	41.88
อายุ ($\bar{x} = 74.66$, $SD = 8.856$, $min = 60$, $max = 95$)		
60 – 69 ปี	34	29.06
70 – 79 ปี	38	32.48
80 – 89 ปี	42	35.90
90 ปี ขึ้นไป	3	2.56
สถานภาพสมรส		
หม้าย	51	43.59
คู่	46	39.32
โสด	13	11.11
หย่า/แยก	7	5.98
ศาสนา		
พุทธ	112	95.73
อิสลาม	3	2.56
คริสต์	2	1.71
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	28	23.93
ประถมศึกษา	63	53.85
มัธยมศึกษา	14	11.97
อนุปริญญา	1	0.85
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	8.55

ตารางที่ 4 (ต่อ)		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.85
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณราชการ	100	85.47
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	7.69
รับจ้าง	4	3.42
อื่นๆ	4	3.42
รายได้ (ต่อเดือน) (\bar{x} = 4434.19, SD = 8055.520, min = 0, max = 50,000)		
≤ 10,000 บาท	101	86.32
10,001 – 25,000 บาท	13	11.11
> 25,000 บาท	3	2.56
ที่มาของรายได้		
ไม่มีรายได้	36	30.77
เบี้ยยังชีพ	31	26.50
ลูก/หลาน	30	25.64
บำเหน็ด/บำนาญ	12	10.26
จากการประกอบอาชีพของตนเอง	8	6.84

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.12 มีอายุระหว่าง 80-89 ปีมากที่สุด ร้อยละ 35.90 (\bar{x} = 74.66, S.D. = 8.856) สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 43.59 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 95.73 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.85 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณราชการ ร้อยละ 85.47 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 86.32 ที่มาของรายได้ คือ เบี้ยยังชีพมากที่สุด ร้อยละ 26.50

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงแยกตามระบบ

โรคที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงแยกตามระบบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระบบ		
1. Skeletal System		
Fracture of femur	8	6.84
Gout arthritis	1	0.85
OA Knee	2	1.71
Open fracture medial malleolus	2	1.71
S/P Plate	1	0.85
Rheumatoid	1	0.85
Hip Fracture	1	0.85
Tear Tendon	1	0.85
รวม	17	14.53
2. Nervous System		
Stroke	39	33.33
Subdural hemorrhage	1	0.85
Herniated Disc	2	1.71
Cord compression	1	0.85
Hydrocephalus	2	1.71
Cerebellum hematoma	1	0.85
MCA	2	1.71
Alteration of conscious	1	0.85
Parietal hemorrhage	2	1.71
Brain Infarction	1	0.85
รวม	52	44.44
3. Respiratory System		
Pneumonia	12	10.26
COPD	2	1.71
Pulmonary Embolism	1	0.85
รวม	15	12.82

ตารางที่ 5 (ต่อ)

โรคที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงแยกตามระบบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระบบ		
4. Cardiovascular System		
CVD	2	1.71
Venous insufficiency	1	0.85
CHF	3	2.56
รวม	6	5.13
5. Endocrine System		
DKA	2	1.71
DM foot	1	0.85
รวม	3	2.56
6. Digestive System		
Gall stone	1	0.85
Achalasia	2	1.71
CA Rectosigmoid	2	1.71
CA Colon	2	1.71
CA Head of Pancrease	2	1.71
CA Rectum	1	0.85
HCC	1	0.85
รวม	11	9.40
7. Urinary System		
NS	2	1.71
CA Bladder	1	0.85
UTI	2	1.71
รวม	5	4.27
8. Reproductive System		
BPH	1	0.85
CA Prostate	1	0.85
CA Breast	1	0.85
รวม	3	2.56

ตารางที่ 5 (ต่อ)

โรคที่ทำให้เกิดภาวะฟังก์ฟิงแยกตามระบบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. EENT		
Fungal cornea ulcer	1	0.85
CA Thyroid	1	0.85
รวม	2	1.71
10. Infection Disease		
Sepsis	3	2.56
รวม	3	2.56
รวมทั้งหมด	117	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะฟังก์ฟิงมากที่สุดคือ โรคในระบบประสาทคิดเป็น คิดเป็นร้อยละ 44.44 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 10.26 และกระดูกหัก ร้อยละ 6.84 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของโรคร่วมที่พบบ่อย

โรคร่วมที่พบบ่อย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	97	82.91
เบาหวาน	54	46.15
หลอดเลือดสมอง	31	26.50
ปัญหาเกี่ยวกับความจำ	29	24.79
กระดูกและข้อ	25	21.37
หัวใจ	24	20.51
พาร์กินสัน	10	8.55
จิตเวช	3	2.56

จากตารางที่ 6 พบว่า โรคร่วมของผู้สูงอายุที่พบบ่อยมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 97 คน ร้อยละ 82.91 รองลงมาคือ โรคเบาหวานจำนวน 54 คน ร้อยละ 46.15 และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 31 คน ร้อยละ 26.50

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของโรคร่วม

จำนวนโรคร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วม	7	5.98
1 – 2 โรค	44	37.61
3 – 4 โรค	50	42.74
5 – 6 โรค	15	12.82
7 โรคขึ้นไป	1	0.85

จากตารางที่ 7 จำนวนโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ 3 – 4 โรค จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 42.74 รองลงมา คือ 1-2 โรค จำนวน 44 คน ร้อยละ 37.61

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ทัศนคติของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทและความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติของผู้ดูแล

ช่วงคะแนน	จำนวนคน	ร้อยละ	\bar{x}	SD	ระดับทัศนคติเชิงบวกของผู้ดูแล
34-67	2	1.71	59.50	0.707	น้อยมาก
68-101	-	-	-	-	น้อย
102-135	77	65.81	124.68	7.181	ปานกลาง
136-169	34	29.06	142.88	6.290	ดี
170-204	4	3.42	178.25	6.850	ดีมาก
รวม	117	100.00	130.68	16.710	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ทัศนคติเชิงบวกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 65.81 รองลงมาคือ ทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับดีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 29.06 ทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.42 ทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับน้อยมาก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.71 และโดยรวมทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 130.68$)

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของความรู้ในการดูแล

ช่วงคะแนน	จำนวนคน	ร้อยละ	\bar{x}	SD	ระดับความรู้ในการดูแล
0-3	-	-	-	-	น้อยมาก
4-7	-	-	-	-	น้อย
8-11	-	-	-	-	ปานกลาง
12-15	10	8.55	14.10	1.287	ดี
16-20	107	91.45	19.03	1.193	ดีมาก
รวม	117	100.00	18.61	1.829	ดีมาก

จากตารางที่ 9 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 91.45 รองลงมาคือ มีความรู้ในการดูแลอยู่ในระดับดี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.55 และโดยรวมผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลอยู่ในระดับดีมาก

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของผู้ดูแลรายด้านและโดยรวม (n = 117 คน)

ความรู้ของผู้ดูแล	ค่าคะแนนที่กำหนด	ค่าคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง	\bar{x}	SD	ระดับความรู้
ด้านร่างกาย	0-5	1-5	4.69	0.663	ดีมาก
ด้านจิตใจ	0-5	2-5	4.69	0.594	ดีมาก
ด้านสังคม	0-5	2-5	4.69	0.663	ดีมาก
ด้านเศรษฐกิจ	0-5	2-5	4.53	0.867	ดีมาก
ความรู้ของผู้ดูแลโดยรวม	0-20	12-20	18.61	1.829	ดีมาก

จากตารางที่ 10 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลความรู้ของผู้ดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 รองลงมาคือ ด้านเศรษฐกิจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ช่วงคะแนน	จำนวนคน	ร้อยละ	\bar{x}	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล
1.00-1.49	9	7.69	1.17	0.148	น้อยที่สุด
1.50-2.49	32	27.35	2.02	0.288	น้อย
2.50-3.49	47	40.17	3.03	0.292	ปานกลาง
3.50-4.49	27	23.08	3.93	0.289	มาก
4.50-5.00	2	1.71	4.64	0.196	มากที่สุด
รวม	117	100.00	2.85	0.910	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 40.17 รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลระดับน้อยจำนวน 32 คิดเป็นร้อยละ 27.35 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลระดับมาก จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลระดับน้อยที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลระดับมากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.71 ตามลำดับ และโดยรวมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.85$)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลรายด้านและโดยรวม (n = 117 คน)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	ค่าคะแนนที่กำหนด	ค่าคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง	\bar{x}	SD
ด้านอารมณ์	5-25	5-25	15.27	5.182
ด้านการประเมิน	3-15	3-14	8.15	3.193
ด้านข้อมูล	5-25	5-25	14.97	4.696
ด้านทรัพยากร	5-25	5-25	12.86	5.306
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลโดยรวม	18-90	18-86	51.25	16.379

จากตารางที่ 12 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลด้านอารมณ์สูงสุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.27 รองลงมา คือ ด้านข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.97 ด้านทรัพยากร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.86 และด้านการประเมิน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.15 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ช่วงคะแนน	จำนวนคน	ร้อยละ	\bar{x}	SD	ระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
1.00-1.49	33	28.21	1.19	0.128	น้อยที่สุด
1.50-2.49	70	59.83	1.92	0.280	น้อย
2.50-3.49	14	11.97	2.70	0.217	ปานกลาง
3.50-4.49	-	-	-	-	มาก
4.50-5.00	-	-	-	-	มากที่สุด
รวม	117	100.00	1.81	0.518	น้อย

จากตารางที่ 13 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลส่วนใหญ่ระดับน้อยจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 59.83 รองลงมา คือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลระดับน้อยที่สุดจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 28.21 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 11.97 ตามลำดับ และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (\bar{x} = 1.81)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลรายด้านและโดยรวม (n = 117 คน)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{x}	SD
ด้านความขัดแย้งในบทบาท	14-70	14-48	23.64	7.367
ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	14-70	14-55	27.02	8.796
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวม	28-140	28-88	50.66	14.514

จากตารางที่ 14 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.02 มากกว่าด้านความขัดแย้งในบทบาท ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.64

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 117 คน)

ช่วงคะแนน	จำนวนคน	ร้อยละ	\bar{x}	SD	ระดับความพร้อมของผู้ดูแล
1.00-1.49	-	-	-	-	น้อยที่สุด
1.50-2.49	26	22.22	2.09	0.236	น้อย
2.50-3.49	52	44.44	2.96	0.276	ปานกลาง
3.50-4.49	36	30.77	3.93	0.223	มาก
4.50-5.00	3	2.56	4.96	0.072	มากที่สุด
รวม	117	100.00	3.12	0.775	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ระดับปานกลาง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 รองลงมาคือ ระดับมาก จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 ระดับน้อย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 ระดับมากที่สุดจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.56 ตามลำดับ และความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.12$)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ทศนคติของผู้ดูแลสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความเครียดในบทบาท	-0.447	.000	ปานกลาง
ความรู้ในการดูแล	0.348	.000	ปานกลาง
ทศนคติของผู้ดูแล	0.256	.005	ต่ำ
สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม	-0.032	.730	ไม่มีความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคม	0.075	.419	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 16 พบว่า ความเครียดในบทบาท มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและทศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.447, .348, .256$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 17 เมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

	1	2	3	4	5	6
1. ความพร้อมของผู้ดูแล	1.000					
2. ทัศนคติของผู้ดูแล	0.256**	1.000				
3. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (รายได้ : บาทต่อเดือน)	-0.032	-0.017	1.000			
4. ความรู้ในการดูแล	0.348**	0.227*	-0.014	1.000		
5. การสนับสนุนทางสังคม	0.075	0.136	-0.137	-0.047	1.000	
6. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	-	-	-	-	-	1.000
	0.447**	-0.083	-0.100	0.369**	0.128	1.000

**p< .01, *p< .05

จากตารางที่ 17 พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ความรู้ในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ส่วนความเครียดในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.256, .348, -.447$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ ทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ในการดูแลและความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.227, -.369$ ตามลำดับ) แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าไม่เกิน 0.60 (DeVellis, 2012) แสดงว่า ไม่มีตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา multicollinerarity

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ลำดับตัวแปรทำนาย	R	R ²	Adjust R ²	R ² Change	F	p-value
1. ความเครียดในบทบาท						
ผู้ดูแล	.447	.200	.193	.200	28.783	.000
2. ทักษะจิตของผู้ดูแล	.498	.248	.235	.048	7.280	.008

จากตารางที่ 18 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและทักษะจิตของผู้ดูแลสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ ร้อยละ 24.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้จากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E. _b	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	23.546	4.488		5.246	.000
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	-0.183	.035	-0.429	-5.265	.000
ทักษะจิตของผู้ดูแล	0.082	.030	0.220	2.698	.008

จากตารางที่ 19 พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($\beta = -0.429$, $p < .05$) และทักษะจิตของผู้ดูแล ($\beta = 0.220$, $p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ ในขณะที่ความรู้ของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้

จากการวิเคราะห์ถดถอย สามารถสร้างสมการถดถอยรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้
ดังนี้

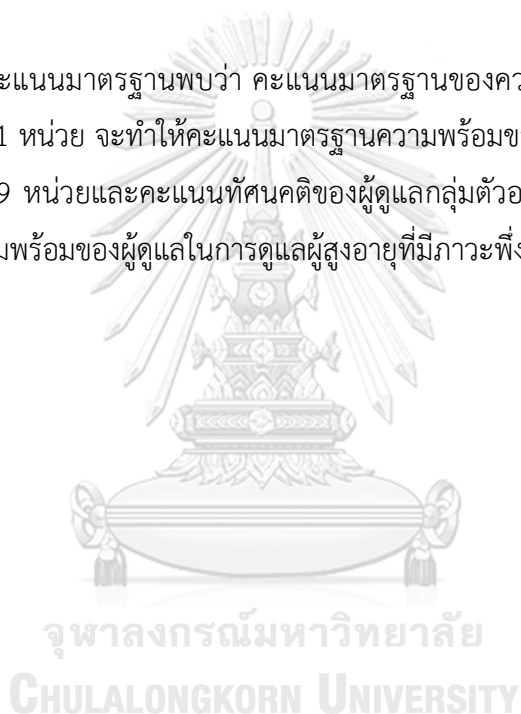
สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y}_{\text{ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง}} = 23.546 - .183 \times \text{ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล} + .082 \times \text{ทัศนคติของผู้ดูแล}$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง}} = -.429Z_{\text{ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล}} + .220Z_{\text{ทัศนคติของผู้ดูแล}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานพบว่า คะแนนมาตรฐานของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง .429 หน่วยและคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น .220 หน่วย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย เพื่อศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยตัวแปรทำนาย ได้แก่ ทักษะคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาท ที่ร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลรัฐบาลในระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

สมมุติฐานการวิจัย

1. ทักษะคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. ความเครียดในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
3. ทักษะคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาท สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง โดยที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง (Direct care) ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
2. มีเวลาให้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน
3. ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน

4. ได้รับการสอนและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วจากแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

5. มีการรับรู้ปกติ สื่อความหมายเข้าใจ

6. สมารถใจและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จนครบตามตำแหน่งที่ต้องการ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Thorndike (1978) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน และป้องกันการสูญหาย รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 121 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์ กุลและคณะ (2541) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel ADL Index ของ Mahoney and Barhtel (1965) เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากถึงพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด คือ ระดับคะแนน 0-8 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน สมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแล

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรค และโรคร่วมอื่น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ ที่ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) แปลและตรวจสอบการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุโคแกนของ Nathan Kogan (1961) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับใช้แพร่หลายทั่วโลก มีทั้งหมด 34 ข้อ แบ่งออกเป็นคำถามเชิงบวก 17 ข้อ (ข้อคำถามเลขคู่) และคำถามเชิงลบ 17 ข้อ (ข้อ

คำถามเลขคู่) แปลผลค่ายิ่งมามีทัศนคติดีมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและสร้างเครื่องมือขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการพึ่งพิงของผู้สูงอายุของ Atchley (1980) ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการพึ่งพิงด้านร่างกาย ความต้องการพึ่งพิงด้านจิตใจ ความต้องการพึ่งพิงด้านสังคมและความต้องการพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ โดยใช้วัดความสามารถด้านความรู้ความจำ ความเข้าใจและการนำไปใช้ รวม 20 ข้อ แปลผลค่ายิ่งมามีความรู้ดีมาก ค่าดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาารายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 0.97 ค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ของ ภัทร อิมโธฐ (2550) ที่สร้างขึ้น ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ ด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ แปลผลค่ายิ่งมามีได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ความตรงตามเนื้อหาารายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 0.95 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ที่ Wirojratana (2002) แปลและตรวจสอบการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของ Stewart & Archbold (1986) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับใช้แพร่หลายทั่วโลก วิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกมา 2 ด้าน คือ ด้านความขัดแย้งในบทบาท ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อและด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ รวมมีจำนวน 28 ข้อคำถาม แปลผลค่ายิ่งมามีความเครียดในบทบาทมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านความขัดแย้งในบทบาท เท่ากับ .86 และด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้นเท่ากับ .93

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ที่ Wirojratana (2002) แปลและตรวจสอบการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากแบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลของ Stewart & Archbold (1986) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับใช้แพร่หลายทั่วโลก แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แปลผลค่ายิ่งมามีความพร้อมมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอน บาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ภายหลังได้รับการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลไปพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน นักจิตวิทยา จำนวน 1 คนและพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 2 คน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะการแก้ไขปรับปรุง ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบวัดนี้และได้มีการปรับปรุงข้อความในข้อคำถามและพิจารณาตัดข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและแบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20)

ตารางที่ 20 ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ	.80
แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	.72
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	.83
แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	.89
ด้านความขัดแย้งในบทบาท	.86
ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	.93
แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล	.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2560 ถึงเดือน พฤษภาคม 2561 รวมระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6 เดือน ได้ข้อมูลทั้งสิ้น 121 แต่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนและไม่สามารถติดตามได้ จึงมีแบบสอบถามสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 117 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ กับข้อมูล เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ส่วนข้อมูล อายุ รายได้ โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ทัศนคติของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
4. ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.50 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี (\bar{x} = 51.63, S.D. = 12.37) ร้อยละ 47.86 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.41 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.73 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 50.43 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 23.93 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 30,001-75,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 41.88 ผู้ดูแลมีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 52.99 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 52.99 ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 61.54 ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ 6-12 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 52.14 จำนวนสมาชิกใน

ครอบครัวส่วนใหญ่คือ 4 คน ร้อยละ 24.79 มีจำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล คือ 1 คนมากที่สุด ร้อยละ 42.74 คนที่ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล คือ ญาติพี่น้องมากที่สุด ร้อยละ 39.32 แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแลส่วนใหญ่ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 51.28 จำนวนโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ 3 - 4 โรค จำนวน 50 คน ร้อยละ 42.74 รองลงมา คือ 1-2 โรค จำนวน 44 คน ร้อยละ 37.61

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.12 มีอายุระหว่าง 80-89 ปีมากที่สุด ร้อยละ 35.90 ($\bar{x} = 74.66$, S.D. = 8.856) สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 43.59 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 95.73 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.85 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณราชการ ร้อยละ 85.47 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 86.32 ที่มาของรายได้ คือ เบี้ยยังชีพมากที่สุด ร้อยละ 26.50 โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะฟุ้งฟิงมากที่สุดคือ โรคในระบบประสาท ร้อยละ 44.44 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 10.26 และกระดูกหัก ร้อยละ 6.84 ตามลำดับ โรคร่วมของผู้สูงอายุที่พบบ่อยมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 97 คน ร้อยละ 82.91 และจำนวนโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือ 3 - 4 โรค จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 42.74

2. คะแนนความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.12$) คะแนนทัศนคติของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=130.68$) คะแนนความรู้โดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}=18.61$) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.85$) และคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=1.81$)

3. ทัศนคติของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.256, .348$ ตามลำดับ) ความเครียดในบทบาทที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.447$) สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

4. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแลสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ ร้อยละ 24.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} \text{ ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง} = 23.546 - .183 \times \text{ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล} + .082 \times \text{ทัศนคติของผู้ดูแล}$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง}} = -.429 Z_{\text{ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล}} + .220 Z_{\text{ทัศนคติของผู้ดูแล}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานพบว่า คะแนนมาตรฐานของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง .429 หน่วยและคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น .220 หน่วย

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การศึกษานี้ พบว่า ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.12$) จากการพิจารณาแต่ละข้อคำถามพบว่า ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลจะต้องมีความพร้อมในหลายด้าน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลความต้องการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแลให้ผู้สูงอายุ การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล การดูแลให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การจัดการกับภาวะฉุกเฉินและการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงต้องการการดูแลในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งตัดสินใจแทนผู้สูงอายุในทุกเรื่อง ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียดมีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวลดลง แต่เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ด้วยพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ยึดถือความกตัญญูทศกัณฐ์ที่สอนให้บุตรทดแทนบุญคุณโดยการเลี้ยงดูเพื่อเป็นการตอบแทนเมื่อก่อนมีอายุสูงขึ้นทำให้บุตรหลานหรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันเข้ารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554) ทำให้จำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแล หากใครไม่ดูแลจะถูกตำหนิจากบุคคลในสังคม

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยน รอบคอบ จึงมักถูกคาดหวังว่าจะทำหน้าที่ในการดูแลจัดการสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้น จึงมักได้รับหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม และหน้าที่การงาน แต่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมลง อาจส่งผลกระทบต่อความพร้อมได้ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ คู่ จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลจะต้องรับบทบาทในการดูแลครอบครัวของตนเองด้วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน ถือว่าเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำและยังต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุ 6-12 ชั่วโมงต่อวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวประมาณ 4 คน แต่มีผู้แบ่งเบาภาระการดูแลเพียงคนเดียว เมื่อต้องรับผิดชอบหลายบทบาทก็ส่งผลกระทบต่อความพร้อมในการดูแลได้

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลในบริบทของชุมชนเมืองกับต่างจังหวัดมีความพร้อมแตกต่างกัน พบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีความพร้อมน้อยกว่าต่างจังหวัด โดยพบว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ต่างจังหวัดมีความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เช่น การศึกษาของชนิดา โฆษคลัง (2554) เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2554) จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญและจันทร์ฉาย มณีวงษ์ (2554) ส่วนผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีความพร้อมระดับปานกลาง เช่น การศึกษาของพรพรรณ พรหมทัต (2554) และอรทัย บุญชวงค์และคณะ (2560) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสภาพครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องลาออกจากงานประจำเพื่อรับหน้าที่ดูแล ส่วนที่ยังคงทำงานอยู่การเป็นผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการทำงานได้ เช่น ต้องลางานบ่อยขึ้น ใช้เวลาไปทำธุระส่วนตัวมากขึ้น มาทำงานสายหรือกลับเร็วขึ้น (Jung-Won and Zebrack, 2012) รวมถึงการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความซับซ้อน เป็นประสบการณ์ใหม่ที่ผู้ดูแลต้องการทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแล แม้หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจะเตรียมความพร้อมในการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน แต่ก็พบว่าความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้ดูแลยังไม่ได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ ซึ่งจะแสดงเต็มที่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประกอบกับบางสถานการณ์การดูแลบางเรื่องผู้ดูแลยังไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์นั้น จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010) กล่าวว่า สิ่งที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างสมบูรณ์ คือ การมีความสามารถในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลจะมีความสามารถในบทบาทใหม่ได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงจะสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลและดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานข้อที่ 1 ทักษคติของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ทักษะคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.256$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีทักษะคติเชิงบวกดีจะมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมาก โดยพบว่า ทักษคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 130.68$) จากการพิจารณาข้อคำถามพบว่า หนึ่งในคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่น่าสนใจมากที่สุดและช่วยทำให้ผู้คนมีความสุขคือเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ เพราะเป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างมากต่อลูกหลานและผู้ดูแล ไม่ว่าจะเวลาจะผ่านไปนานแค่ไหน การได้รับฟังผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีตนั้นยังคงเป็นที่น่าสนใจและตื่นเต้นสำหรับคนรุ่นหลังอยู่เสมอและผู้สูงอายุก็ได้อาศัยช่วงเวลานี้สร้างบรรยากาศแห่งความรักความอบอุ่นในครอบครัว พร้อมทั้งอบรม แนะนำ กล่อมเกลานิสาสัย ความคิดและทักษะคติที่ถูกต้องแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการทำงานต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ มากกว่าที่จะเป็นภาระของผู้อื่นและยังสามารถพึ่งพาให้ช่วยรักษาบ้านให้สะอาดและนำมองได้ มีความเป็นกันเองเมื่ออยู่ด้วย แต่ผู้ดูแลส่วนหนึ่งก็รู้สึกที่ผู้สูงอายุบางคนมักปล่อยบ้านให้ทรุดโทรม ไม่นำมอง ไม่ช่วยดูแลบ้าน ชอบใช้เวลาไปสนใจเรื่องของผู้อื่น มักให้คำแนะนำโดยที่ผู้อื่นไม่ได้ร้องขอ ทำให้คิดว่าชุมชนที่พักอาศัยจะน่าอยู่ ถ้าไม่มีผู้สูงอายุจำนวนมากเกินไปอาศัยอยู่ในชุมชน

ถึงแม้ทักษะคติของผู้ดูแลจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็ควรส่งเสริมทักษะคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องดูแลต่อเนื่องและยาวนาน การมีทักษะคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดการยอมรับในตัวผู้สูงอายุและเต็มใจที่จะช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างดี โดยทักษะคติของผู้ดูแลจะส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล เช่น ผู้ดูแลคิดว่าผู้สูงอายุควรอยู่อาศัยในที่พักกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันเอง มีชีวิตชีวา อธิบายดี อารมณ์ดีส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุมีบุคลิกภายนอกที่ค่อนข้างสะอาดและเรียบร้อยส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกาย เป็นต้น ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับรุจิรา จงสกุลและคณะ (2543) ที่แสดงให้เห็นว่า ทักษคติของผู้ดูแลส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลเช่นกัน

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.032, p>.05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้ที่แตกต่างกันจะมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาค้นคว้า

นี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท และมีเพียงพอ เหลือเก็บอยู่แล้ว ทำให้รายได้ของผู้ดูแลไม่ส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแลสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้ เพราะมีครอบครัวช่วยแบ่งเบาในการดูแล รวมถึงผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ทำให้ถึงแม้จะมีรายได้มาก หรือน้อยก็มีความพร้อมในการดูแลบุพการี สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย บุญชูวงศ์ที่พบว่า รายได้ของผู้ดูแลไม่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแล แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในที่นี้หมายถึง รายได้ของผู้ดูแล เป็นปัจจัย เงื่อนไขส่วนบุคคลในการเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแล ที่เข้าไปสนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จของการ เปลี่ยนผ่าน

ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.348$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลมากจะมีความพร้อมในการดูแล ผู้สูงอายุมาก โดยพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}=18.61$) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ถือเป็นประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เหมือนเดิม บางรายต้องมียุอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับไปบ้าน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ผู้ดูแลทุก คนจึงได้รับการสอนเรื่อง ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากบุคลากรในหอ ผู้ป่วยในก่อนกลับบ้าน

เมื่อพิจารณาข้อคำถาม รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านจิตใจ รองลงมาที่มี คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ ด้านร่างกายและด้านสังคม เกิดจากผู้ดูแลเป็นญาติ ส่วนใหญ่เป็นบุตร นับถือ ศาสนาพุทธ ทำให้ตอบคำถามด้านจิตใจมาจากความรู้สึกรักและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เข้าใจจิตใจของ ผู้สูงอายุ หากพิจารณาตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลและส่งผลให้ เกิดต่อความพร้อมในการดูแล การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี ผู้ดูแลจะมีความสามารถทั้งในด้านทักษะ และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ พรหมทัต (2554) และรุ่งนภา เขียวช่อ (2552) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะใน การดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.075$, $p>.05$) ซึ่งไม่ เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.85$) เมื่อ พิจารณาข้อคำถามพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์มากที่สุด โดยข้อที่คะแนน สูงที่สุด คือ การได้รับความไว้วางใจให้ดูแลผู้สูงอายุ แต่สิ่งที่ผู้ดูแลได้รับนั้นไม่ส่งผลต่อความพร้อม

เพราะการได้รับความไว้วางใจให้ดูแลนั้น อาจไม่ได้เป็นความต้องการของผู้ดูแลแต่เป็นความคิดเห็นของครอบครัวว่าเหมาะสม แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลน้อย แต่หากพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านข้อมูลผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ด้านทรัพยากรผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและด้านการประเมิน ได้รับน้อยที่สุด โดยได้รับจากเพื่อน จะเห็นได้ว่า สมาชิกในครอบครัวจะให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และทรัพยากร ทั้งนี้เพราะในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจคัดเลือกผู้ดูแลหลัก มาเยี่ยมเยียนขณะอยู่โรงพยาบาล แสดงความสนใจในการดูแล รับฟังเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ รวมถึงช่วยแบ่งเบาในกรณีที่ไม่สามารถมาช่วยดูแลได้ โดยให้การสนับสนุนเรื่องเงิน อุปกรณ์และสิ่งของต่างๆ มีการดูแลแทนเมื่อผู้ดูแลติดธุระ รวมถึงช่วยจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สะดวกสบายต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับธีรนุช ห่านิรัตติศัยและปริญญา แร่ทอง (2556) ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความพร้อมในการดูแล ได้แก่ กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ดูแล

สมมติฐานข้อที่ 2 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.447$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ มีการสอบถามความเครียดในบทบาท 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความขัดแย้งในบทบาทและด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลให้คะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่มีประสบการณ์และมีวุฒิภาวะจึงทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่และรองลงมา คือ หม้าย ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มนี้อาจต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น บทบาทความเป็นแม่ บทบาทความเป็นภรรยา จนเกิดความขัดแย้งในบทบาทตามมาได้ เมื่อพิจารณาข้อคำถามพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ในบทบาทคนทำงานนอกบ้าน จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล รวมถึงส่งผลต่อการทำสิ่งดีๆ ให้กับตนเอง เช่น ดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาส่วนหนึ่งมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและบทบาทอื่นก็ยังมีอยู่ จึงทำให้การมีเวลาดูแลตนเองลดน้อยลงด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกถึงความตึงเครียดเกิดจากการหยุดพักผ่อนหรือการไปเที่ยวลดลง มีความกังวลในเรื่องต่างๆ เพิ่มความตึงเครียดให้กับชีวิตได้ ดังนั้น การที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตึงเครียดลดลง สามารถทำได้โดยการให้ผู้ดูแลได้มีเวลาในการพักผ่อนตั้งแต่ขณะผู้สูงอายุยังอยู่ที่โรงพยาบาล โดยให้คนที่ช่วยแบ่งเบาภาระคนอื่นๆมา

ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาเฝ้า รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกันภายในครอบครัวสามารถลดความเครียดในบทบาทได้ (อรอนงค์ กุลณรงค์, 2555) และเมื่อความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อยจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ กอผจญ (2545) และพรพรรณ พรหมทัต (2554)

สมมติฐานข้อที่ 3 ทักษะคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอนในการพยากรณ์ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและทักษะคิดของผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = .248$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและทักษะคิดของผู้ดูแล พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ ($\beta = -.429$) และความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก ($\beta = .220$) แสดงว่า เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทน้อยและทักษะคิดของผู้ดูแลดี จะทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสามารถพยากรณ์ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอันดับแรก ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20 ($R^2 = .200$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ($\beta = -.429$) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบ แสดงว่า ถ้าความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ ก็จะส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สูงขึ้นด้วยตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าไปในสมการเป็นอันดับที่ 2 คือ ทักษะคิดของผู้ดูแล ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = .248$) โดยทักษะคิดของผู้ดูแลสามารถอธิบายเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.8 ($R^2 \text{ change} = .048$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ($\beta = .220$) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า ถ้าผู้ดูแลมีทักษะคิดที่ดี ก็จะส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สูงขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลควรเป็นแบบองค์รวมและครบวงจรโดยมีการประเมินด้านจิตใจ เกี่ยวกับความเครียดในบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น รวมถึงร่วมหาแนวทางกับครอบครัวของผู้ดูแลเพื่อให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับ ยูซุบ นิมะและสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2550) ที่พบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยต้องการการพึ่งพา ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล พร้อมทั้งปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มีการ

ประเมินทัศนคติของผู้ดูแล เพื่อให้คำแนะนำ หรือมุมมองใหม่ โดยจัดโปรแกรมการสอนผู้ดูแล (กมลพร ตะกรุดแจ่ม, 2557) ใช้แนวคิดการสอนที่ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการประเมินศักยภาพความพร้อมด้านต่างๆ ของผู้ดูแล 2) การจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล 3) การประเมินผลลัพธ์จากการสอน จะทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับโรค รับรู้การเปลี่ยนแปลง ทราบปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการมีภาวะฟุ้งฟิง สอบถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแล การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของผู้ดูแล เห็นประโยชน์ของการดูแล เกิดแรงจูงใจ ปรับเปลี่ยนแนวคิด สอดคล้องกับ Zimbardo (1997) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับ ความรู้ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติก็จะมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อทัศนคติเกิดการเปลี่ยนแปลง จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้ผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุ (รุจิรา จงสกุลและคณะ, 2540)

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลควรตระหนักถึงสวัสดิภาพของผู้ดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในเครือข่ายความร่วมมือและให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มีการประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาล บ้านและแหล่งประโยชน์ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

1. การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงควรให้คำแนะนำทั้งครอบครัวเพราะนอกจากจะประกอบการพิจารณาหาคนที่เหมาะสม เช่น เป็นผู้มีความผูกพันกับผู้สูงอายุหรือมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว ยังควรให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การหาผู้ที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อเป็นผู้ดูแลหรือผู้ช่วยผู้ดูแลร่วมด้วย ให้ผู้ดูแลหลักได้มีโอกาสในการได้มีเวลาเป็นของตัวเองและพักผ่อนบ้าง แนะนำให้ครอบครัวให้กำลังใจผู้ดูแล รับฟังปัญหาอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าของผู้ดูแลว่าเป็นผู้เสียสละและทุกคนพร้อมช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

2. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน (group support) ให้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ดูแลที่สามารถข้ามผ่านระยะเปลี่ยนผ่านได้สำเร็จ

3. หอผู้ป่วยมีการคัดกรองความเครียด หรือภาวะสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลทุกคนที่มารับ บทบาทผู้ดูแลรายใหม่ หากพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตสามารถส่งพบนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เพื่อให้ คำปรึกษา พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำในการประเมินความเครียดของตนเองเบื้องต้นและวิธีการ จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

4. พัฒนาระบบงานส่งต่อเยี่ยมบ้านภายในโรงพยาบาล ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในมีการ ส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่ติดตามเยี่ยมบ้านให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแล ต่อเนื่อง เพราะพยาบาลเยี่ยมบ้านจะเชื่อมโยงความช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างราบรื่น เนื่องจากพยาบาลเยี่ยมบ้านจะมีโอกาสสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่บ้านทั้ง ด้านกายภาพและความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว จึงสามารถให้คำแนะนำและคำปรึกษาได้ สอดคล้องกับปัญหาที่พบอย่างแท้จริง

ด้านการบริหาร

โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายในการส่งต่อเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ มี การเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่จะรับช่วงในการดูแลต่อ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข ชุมชนที่จะเป็น แหล่งสนับสนุนก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 24.8 แสดงว่า ยังมีตัวแปรอื่นๆ ส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอีกร้อยละ 75.2 ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถ พยากรณ์ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. จัดทำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำ ผลการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้ คือ จัดให้มีกิจกรรมการลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและการ ปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

3. ทำการศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่

รายการอ้างอิง

- กนกพร นทีชนสมบัติ. (2555). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: กรณีศึกษาศาสตร์ตั้งครุภักดี. **วารสาร มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ**, 16(31), 103-116.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญและศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **รามาริบัติพยาบาลสาร**, 14(3), 385-398.
- กมลพร ตะกรุดแจ่ม. (2557). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสอนงานผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีข้อจำกัดในการมองเห็น. **วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา**.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2558). **สถิติสำหรับงานวิจัย**. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- กานดา พูนลาภทวี. (2539). **สถิติเพื่อการวิจัย**. กรุงเทพฯ: ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.
- คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข พ.ศ.2534. กรุงเทพฯ.
- ศัทธิยา รัตนวิมล. (2545). **ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน. (2537). **ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์รัศม์ ไตรย์ปักษ์และสมจิตร์ ตูลาทอง. (2551). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแบบบูรณาการ, **วารสารกองการพยาบาล**, 35(3), 113-130.
- จินตนา อาจสันเทียะและพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน, **วารสาร พยาบาลทหารบก**, 15(3), 123-127.
- จूरรัตน์ กอผจญ. (2545). **การศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง, **วารสารพยาบาล**, 47(3), 147-157.
- จอม สุวรรณโณ. (2546). ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, **วารสารสภาการพยาบาล**, 18(3), 1-21.

- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลิต สวัสดิผล. (2533). **ทัศนคติของผู้สูงอายุไทยต่อการสมรสและการมีเพศสัมพันธ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา โอชคลัง. (2554). **ความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน บ้านโรงพยาบาลกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชาย โพธิสิตาและสุชาดา ทวีสิทธิ์ (บรรณาธิการ). (2552). **ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคม และประชากร**. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โปรเกรสซิฟ.
- จุฑาเดือน เขียวเหลือง. (2551). **ผลการสอน 2 วิธี ต่อความรู้และความสามารถในการใช้ กระเป๋าเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ระย้า. (2537). **การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่**. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพย์ทัศน์ ชินดาปัญญากุล. (2558). **ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเพียงหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- นันทนา รัตนากร. (2536). **ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเขตจังหวัดนนทบุรี**. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง, วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(2), 67-74.**
- นิชิตา เสรีวิชัยสวัสดิ์ พวงรัตน์ มณีวงษ์ อรณีย์ ศรีสุข ณิชัฐพัชร โพธิ์เงิน และนริมาลย์ นิละไพจิตร. (2557). **ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(3), 30-40.**
- เนติยา แจ่มทิม สินีพร ยืนยง และปฐรินทร์ ศรีศศลักษณ์. (2558). **ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25(3), 108-119.**

- นงนุช แยม่วงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มา
รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ, **วารสารการแพทย์และ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 21(1), 37-44.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2526). **ระบอบวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุใน ประเทศไทย พ.ศ.2525.**
กรุงเทพฯ: ชนะการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญมี ภูด่านจิว. (2556). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. **วารสาร
สภาการพยาบาล**, 28(4), 107- 120.
- บุญเรียง บุญจรรยาศิลป์. (2543). **วิธีวิจัยทางการศึกษา.** กรุงเทพฯ: พี.เอ็น.การพิมพ์.
- บุษรา ศรีสุพัฒน์. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการจำหน่าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประคอง อินทรสมบัติและคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบ
วงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. **รามาศิษยาภิบาล
สาร**. 19(2). 194-205.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). **การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ
แบบสอบถาม.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.** กรุงเทพฯ: ยู
เนียน ศรีเอชเอ็น.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2555). **การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. ในคู่มือการดูแลผู้สูงอายุจาก
สถานพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: บริษัท สันทวีการพิมพ์.
- ปราณี जातीเกตุ. (2536). การเตรียมตัวรับภาวะสุดท้ายของชีวิต. **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ:
รุ่งเรืองธรรม.
- พรพรรณ พรหมทัต. (2554). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนัส ธัญญะกิจไพศาล. (2544). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา.**
กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2548). **การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นสโตรคใน
โรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เพ็ญวิสาข์ เจริญอุทมิมากร. (2555). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภรภัทร อิมโอสฐ. (2550). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ธีรนุช ห่านิรติศัยและปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 21(7), 635-639.
- ธงชัย คุเพ็ญวิจิตตระการ. (2553). **บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาล ตำบลบ้านปลวกแดง อำเภอลวกแดง จังหวัดระยอง**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานี ทาทรัพย์. (2557). ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 34(2), 53-66.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอมืองจังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย**. **รามาริบัติสาร**, 2(1), 88-89.
- ยุซุฟ นิเมะและสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. **เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ วันที่ 5-6 พฤษภาคม 2550**. สงขลา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่สงขลาและสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). **สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม**. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 1(4), 31-37.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรา จงสกุล สีวลี เปาโรหิตย์ วรรณภา แห้วดี เพ็ญศิริ สมใจและวัชนี หัตถพนม. (2540). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 4(1), 21-36.

- เรณู พุกบุญมี. (2544). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การพยาบาล: ศาสตร์ทางการปฏิบัติ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วี เจ ปริ้นติ้ง.
- รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. **สงขลา นครินทร์/ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์**, 20(1), 205-228.
- วันเพ็ญ สายัณย์ศศิคนก. (2550). การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ **เจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – อุกเฉิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลากร. (2552). รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย **ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2**. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซีเอสเอ็มเอส จำกัด.
- วิราพร พงศ์อาจารย์. (2542). **การประเมินผลการเรียน**. โครงการตำราวิชาการราชภัฏเฉลิมพระเกียรติเนื่องในวโรกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษา 6 รอบ, พิษณุโลก.
- วิราพรณ วิโรจน์รัตน์. (2553). **การประเมินและบันทึกการพยาบาลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ**. ในการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 20 คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส.
- วิลาพรรณ ศรีงาม. (2537). **การศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลประจำการต่อการพยาบาลผู้ป่วยเปลี่ยนอวัยวะในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). **การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- วาธินี คัชมาตย์. (2540). **อาการทุกข์ทรมาน และการพึ่งทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ ประสารอริคม. (2557). **Home Care Concept**. ในเอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว. ณ ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมดิ เอ็มเมอรัลด์, กรุงเทพมหานคร.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. **วารสารพดตว วิทยาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(1), 11-17.
- วรรณรดา อาศัยสงฆ์. (2555). **ความรู้และทัศนคติ ของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทาลัยขอนแก่น.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2555). **สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย**. (พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุงใหม่).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ.
พยาบาลสาร, 41(4), 150-160.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มี
อาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพระพุทธศาสนาในประเทศไทย. **วารสารพัฒนา
วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(4), 15-20.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์. (2554). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. (พิมพ์
ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์. (2555). **การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแล
และความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล**. โครงการพัฒนา
มหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 คลัสเตอร์ สังคมผู้สูงอายุ.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์. (2555). **ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกัน
คุณภาพในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์ วาสิณี วิเศษฤทธิ์ ถาวร สกฤตพาณิชย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). **การพัฒนา
มาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว**.
นนทบุรี: มาตาการพิมพ์.

ศิริภาณี ศรีหาคาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และ คณิศร เต็งรัง. (2557). **ผลกระทบและภาวะการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง
สาธารณสุข.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8. (2558). ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ
อย่างมีส่วนร่วม. **มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8**, 74-88.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). **รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแล
ผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย.

สายพิน เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควร
มองข้าม. **วารสารสภาการพยาบาล**, 29(4), 22-31.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิต.
วิทยานิพนธ์การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2547). ประสบการณ์การถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 12(1), 1-20.
- สุกัญญา ประจุกสิปป อารีย์วรรณ อ่วมตานี และคณะ. (2549). สุขภาพและระบบบริการสุขภาพประชากรชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. **จุฬาสัมพันธ์**, 49(30).
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2541). **การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลม ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญและไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ธัญลักษณ์ หอบรรลือกิจ ภิรมย์ กมลรัตนกุลและ สุชัย สุเทพารักษ์. (2538). ปัจจัยของภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร**, 39(1), 733-741.
- สุปราณี สมบูรณ์. (2548). **ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและจิราพร เกศพิชญพัฒนา. (2555). **รายงานวิจัยการศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: การสำรวจแบบวันเดียว**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สมชาย วิริภิมย์กุล ดลพัฒน์ ยศธร เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล สุพัตรา ศรีวณิชชากรและกวินารัตน์ สุทธิสุขคนธ์. (2558). **สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ: กรณีศึกษา อำเภอท่ามะกา และ อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี**, **วารสารวิทยาลัยราชสุดา**, 11(14), 24-42.
- โสภา หอยสังข์. (2541). **ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **รายงานผลเบื้องต้น การสำรวจประชากรสูงอายุไทย พ.ศ.2557**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2551). **ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรัญญา ไพรวัลย์และคณะ. (2560). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**. **วารสารการพยาบาล**. 35(3). 46-57.

- อรอนงค์ กุลมรงค์ เพลินพิศ ฐานิพัฒนานานท์และลัพณา กิจรุ่งโรจน์ (2555). ความพร้อมในการดูแล
สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง.
วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 4(1). 14-27.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). **การพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. เอกสารคำสอน
วิชาการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- Atchley, R. C. (1980). **The social forces in later life**. (3rd ed). California: Wadworth.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and
preparedness as predictors of caregiver role strain. **Research in Nursing &
Health**, 13, 375-384.
- Archbold, P. G. (1992). Reflections on a program of caregiving research. In **Western
Institute of Nursing (Ed.)**. Boulder, CO: Western Institute of Nursing.
- Archbold, P. G. and Stewart, B. J. (1993). **The caregiver's view**. Portland, OR: School
of Nursing Oregon Health Science University.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning
for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A
review of the evidence. **Journal of Clinical Nursing**, 18(18), 2539-2546.
- Brandt, P. , & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. **Nursing
Research**, 30(5), 277-280.
- Burn, C., Archbold, P. G. and Stewart, B. J. (1993). New diagnosis: Caregiver Role Strain.
Nursing Diagnosis, 4, 70-76.
- Burns, N. & Grove, S. K. (1997). **The practice of nursing research: Appraisal,
synthesis, and generation of evidence**. 6th ed. St. Louis: Saunders
Elsevier.
- Chick, N. and Meleis, A. I. (1986) "Transitions: A nursing concern" In Peggy L. Chinn.
(Ed). **Nursing research methodology**. Issues and Implementation. Maryland:
Aspen Publishers.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**,
38, 300-313.
- Coleman, E. A.& Roman, S. P. (2015). Family caregivers' experiences during
transitions out of hospital. **Journal of Healthcare Quality**, 37(1), 12-21.

- Connor, M. O., Moriarty, H., Baer, M. R., & Bowles, K. H. (2016). Identifying critical factors in determining discharge readiness from skilled home health: An interprofessional perspective. **Research in Gerontological Nursing**, *9*(6), 269-277.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T. & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. **Pubmed**, *33*(4), 368-373.
- Fenwick, A. M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. **Journal of Advanced Nursing**, *4*, 9-21.
- Gazzaniga, M. S. & Heatherton, T. F. (2003). **Psychological science. (1st ed.)**. New York: W.W. Norton.
- Gazzaniga, M.S. and Heatherton, T. (2008). **Psychological Science: Mind, Brain, and Behavior. W. W. Norton: New York.**
- Given, A.B., et al (2001). Caregiver Role Strain. **Nursing Care of Older Adults: Diagnosis, Outcomes&Interventions**. St.Louis, Missoure. A Harcourt Health Sciences company: 579-683.
- Gorman, A. (2016). **Diagnosis unprepared: Gaps in care persist during transition from hospital to home**. Retrived from <http://newamericamedia.org/2016/09/diagnosis-unprepared-gaps-in-care-persist-during-transition-from-hospital-to-home.php>, September 8, 2016.
- Grimmer, K., Moss, J. & Falco, J. (2004). Becoming a carer for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. **The Internet Journal of Allied Health Sciences Sciences and Practice**. *2*(4), 1-8.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). **Multivariate data analysis**. London: Pearson Education.
- Hardy, M. E., & Conway, M. E. (1988). **Role theory: Perspectives for health professionals (2nd ed.)**, Norwalk, CT: Appleton & Lange.

- Howard, H. Kendler, (1963). **Attitude**. Retrieved October 13, 2006, from URL: <http://sarawud.wordpress.com>.
- Hollingshead, A. (1975). **Four factor index of social status**. Working Paper New Haven, CT: Hollingshead.
- House, J. S. (1981). The Nature of Social Support. In M. A. Reading (Ed.), **Work Stress and Social Support**. Philadelphia: Addison-Wesley.
- Jung-Won, L. & Zebrack, B. (2012). Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. **Health Qual life Outcome**. 34: 147-156.
- Kahn, R.L. (1979). Aging and social support. In **aging from birth to death: Interdisciplinary perspective**. Coro: Westview Press
- Kogan, N. (1961). Attitude toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. **Journal of Abnormal and Social Psychology**. 62: 44-54
- Laura, N. G. & Karen, R. (2014). Factors associated with caregiver readiness to use nonpharmacologic strategies to manage dementia-related behavioral symptoms. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 29, 93-102.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation. The barthel index. **Maryland State Medical Journal**.14, 61-65.
- Meleis, A. I. et al. (2000) "Experiencing transitions: An emerging middle-range Theory" **Advanced Nursing Science**. 23(1) 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). **Transitional theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company.
- Norbeck, J., Lindsey, A., & Carrieri, V. (1981). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative data and validity tests. **Nursing Research**, 32, 4-9
- Orem, D.E. (1985). **Nursing concept of practice**. 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill.

- Orem, D.E. (2001). **Nursing concept of practice**. St Louis: Mosby Year Book.
- Pereira, H. R. & Botelho, M. A. (2011). Sudden informal caregivers: The lived experience of informal caregivers after an unexpected event. **Journal of Clinical Nursing**, 20, 2448-2455.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (8th ed.)**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012) **Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. (9th ed.)**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). **Nursing research: Principles and methods (5th ed.)**. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Prapphal, N., Laosunthara, N., Deerojanawong, J., & Sritippayawan, S. (2007). Knowledge of asthma among caregivers of asthmatic children: Outcomes of preliminary education. **Journal Medical Association Thai**, 90, 748-753.
- Rickelman, B. L. (1994). Attachment and quality of life in older: Communityresiding men. **Nursing Research**, 43(2), 68-72.
- Schaefer, c, Coyne, J., c. and Lazarus, R. (1981). The Health-Related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine**.
- Schumacher, K. L. and Meleis, A. I. (1994) "Transitions: a central concept in Nursing" Image: **Journal of Nursing Scholarship**. 26(2) page 119-127.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J. & Archbold, P. G. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. **Oncology Nursing Forum**, 35(1), 49-56.
- Stallwood, W. (2006). Relationship between caregiver knowledge and socioeconomic factors on glycemic outcomes of young children with diabetes. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, 11, 158-165.
- Stewart, B. J. & Archbold, P. G. (1986). **New measures of concepts central to and Understanding of a caregiving**. Unpublished manuscript. School of Nursing, Oregon Health Science University.

- Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1994). Establishing partnerships with family caregiver: Local and comopolitant knowledge. **Journal of Gerontological Nursing**, 21(2), 19-24.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). **Using multivariate statistics**. Boston: Pearson Education.
- Thorndike, R. M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York: Garder press.
- Weiss, R. (1974). The Provision of Social Relationship. In Z. Rubin (Ed), *Doing Unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliff, N. J: Prentice-Hall.
- Weiss, M. E. & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of readiness for hospital discharge scale. **Journal Nursing Measurement**, 14(3), 163-180.
- Wirojraatana, V. (2002). **Development of the thai family care inventory**. Unpublished doctor of philosophy in nusing, Faculty of graduate studies, Oregon Health & Science University.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 29/2559 ประจำปีการศึกษา 2559

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877161236
ชื่อ-นามสกุล	ร้อยตรีหญิงจิราภา ศรีรัตน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เฟ็งจาด
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การร่วมรับรู้ตราบาของมารดาเด็กออทิสติกวัยเรียน EXPERIENCES OF AFFILIATE STIGMA PERCEPTION IN MOTHERS OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER
ครั้งที่อนุมัติ	29/2559
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877163536
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวชฎารัตน์ คำอุเทน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล SELECTED FACTORS RELATED TO SLEEP DURATION IN PRETERM INFANT AFTER DISCHARGE FROM HOSPITAL
ครั้งที่อนุมัติ	29/2559
ระดับ	ปริญญาโท

วิภากร อนุตติง
b-b-๒๒

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877164136
ชื่อ-นามสกุล	นางชวนพิศ จุลศรี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชารักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ PREDICTORS OF MEDICATION ADHERENCE IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS
ครั้งที่อนุมัติ	29/2559
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877166436
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวชุติมน ธนะวงศ์ธาดากุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศการเฝ้าระวังการติดเชื้อต่ออุบัติการณ์การติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วย THE EFFECT OF USING INFECTION SURVEILLANCE SUPERVISION PROGRAM ON URINARY TRACT INFECTION RATE OF PATIENTS
ครั้งที่อนุมัติ	29/2559
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877168736
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ประธานกรรมการสอบ	ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชารักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน FACTORS PREDICTING CAREGIVER'S READINESS FOR DEPENDENT OLDER PERSONS IN TRANSITION PERIOD ON HOSPITAL TO HOME
ครั้งที่อนุมัติ	29/2559
ระดับ	ปริญญาโท

วิภากร อธิวงษ์
6-6-68



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่
1. แพทย์หญิงรวิวรรณ สุระเศรษฐินวงศ์	แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง
2. นางสาวนิธินี่ รุจิรังสีเจริญ	นักจิตวิทยาชำนาญการ โรงพยาบาลกลาง
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์
4. นางกชชุกร หว่างนุ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี
5. นางอภิญญา บุญเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ภาคผนวก ค
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศส 0512.11/ 1055



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัดย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิง รวีวรรณ สุเรณีนวงศ์ | แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ |
| 2. นางสาวนิธินี รุจรัสสิเจริญ | นักจิตวิทยาชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง รวีวรรณ สุเรณีนวงศ์ และนางสาวนิธินี รุจรัสสิเจริญ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัดย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศธ 0512.11/1085



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชากรีย์ พริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชากรีย์ พริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศธ 0512.11/1055



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกชชุกร หว่างนุ่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางกชชุกร หว่างนุ่น

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศธ 0512.11/1059



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2/ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางขุนเทียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอภิญา บุญเพ็ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางอภิญา บุญเพ็ง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศร 0512.11/1141



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของนางสาวภรภัทร อิมโอรุ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (2550) โดยมี รองศาสตราจารย์จากรูรรม เหมะธรร เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-2218-1149
นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 08-5122-3760

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา
 06467
 11 ก.ค. 2560
 15-24 น



ที่ ศธ 0512.11/ 140

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

๒๓ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล และแบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง Development of the Thai family care inventory ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรธรรม วิโรจน์รัตน์ Health & Sciences Oregon University (2002) โดยมี Professor Barbara J. Stewart, PhD เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ศึกษาคณบดี <input checked="" type="radio"/> เพื่อโปรดอนุญาต <input type="radio"/> สำเนาเรื่อง เรียน..... เรื่องส่ง..... (นางณัฐวีย์ วรรณพิเศษ) เลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์ 11 ก.ค. 60 ฝ่ายวิชาการ อาจารย์ที่ปรึกษา ชื่อ นิสิต	อนุญาตและดำเนินการได้ By ธีรพงศ์ (รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 11 ก.ค. 2560 โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130 รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 02-2218-1149 นางสาวณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 08-5122-3760	ขอแสดงความนับถือ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา) รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ธีรพงศ์ ธีรพงศ์ เรื่องส่ง <input checked="" type="radio"/> สำนักรับคืนฉบับเก็บ <input type="radio"/> คืนเจ้าของเรื่อง สำนัก - ภาควิชา..... และอาจารย์..... - ยาน..... 15 ก.ค. 60
---	---	--

24 พฤศจิกายน 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ จากรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแล ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล” ของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

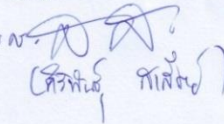
ขอแสดงความนับถือ

ณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย

(นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย)

ฉันที่นี่ให้ชื่อของมือ

ร.อ.หญิง ดร.



(ศิริพันธุ์ สาส์ตย์)



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
 ตู ปณ. ๓๓ ปณจ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๒๒-๕๕๕๐ โทรสาร ๐-๓๔๒๒-๕๕๕๙
 ศูนย์ศึกษายามคอมเพล็กซ์ วิทยาการสภาคริสตจักรในประเทศไทย
 ๓๒๘ ถนนพญาไท เขตวราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร. ๐-๒๒๑๕-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๑๕-๖๐๓๙
 CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION
 P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3422-9480 FAX. 66-3422-9499 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.คต.27 / 4941 /2560

วันที่ ๖ ธันวาคม พ.ศ. 2560

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ ที่ ศธ 0512.11/1141 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2560
 เอกสารที่ส่งมาด้วย -แบบฟอร์มหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์

ตามที่ นางสาวณิชชาธิ์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของนางสาว ภรภัทร อิมโอรฐ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ชื่อเรื่อง "ปัจจัย ทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน" คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (2550) โดยมีรองศาสตราจารย์จรรุวรรณ เหมะธร เป็นอาจารย์ ควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน พิจารณาแล้วเห็นควรอนุญาตให้ นิสิตใช้เครื่องมือในการวิจัย โดยขอให้ทำการกรอกข้อมูลในหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย และส่ง หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ กลับไปที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(อาจารย์ ดร. เบญจวรรณ พุทธิอังกูร)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ปฏิบัติการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาวกุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401,2204

โทรสาร 0-3427-4500

ที่ ศธ 0512.11/ 1602



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุณย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับบ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ โดยผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศธ 0512.11/ 1๖๐1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับบ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ โดยผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศบ 0512.11/ 11๐1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ ทิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับบ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ โดยผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ ทิริยจรัสชัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ ทิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศธ 0512.11/1601



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2560

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับบ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ โดยผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149
นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760

ที่ ศบ 0512.11/ 60)



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/3 กันยายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่เมื่อกลับบ้าน อาจเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ โดยผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 085-122-3760



ที่ ศธ 0512.11/ 1658



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ กันยายน 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี :

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. บันทึกข้อความ ขออนุญาตทำวิจัย จำนวน 1 ชุด
 2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 ชุด
 6. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิตโทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-2218-1149
นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 08-5122-3760



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 60150
เอกสารเลขที่ 158/2560

ชื่อโครงการ : "ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในกรณีดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจาก
โรงพยาบาลสู่นบ้าน"
(ภาษาอังกฤษ) : "Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition
period on hospital to home."
ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวณิชากรีย์ ทิริยจรัสชัย
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลกลาง

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2560
2. แบบเก็บบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2560
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2560
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2560

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 และจะรับรองโครงการวิจัยในระยะเวลา 2 ปี คือ
สิ้นสุดวันที่ 23 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562



ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ที่ ศธ 0512.11/1658



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 กันยายน 2560

เรื่อง ข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุณย์ กรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. บันทึกข้อความ ขออนุญาตทำวิจัย จำนวน 4 ชุด
 2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ชุด
 6. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 4 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-2218-1149
นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 08-5122-3760

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ ปุศโคโล อนุบุรี ถนน.10600 โทร.02-4752705	NO. : 0COA-NMD-REC046/60 : Expedited Review
หมายเหตุ : คู่มือการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ ทร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสายแพทย์ หรือบุคลากรสถาบันสมทบ ให้เป็นไปตามระเบียบของ ทร./ นโยบาย ทร./ ตามข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ ทร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยน ผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
รหัสโครงการ	RP037/60
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 3, วันที่ 3 พฤศจิกายน 2560) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 25 ตุลาคม 2560) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 1, วันที่ 3 ตุลาคม 2560)
วันที่รับรอง	3 พฤศจิกายน 2560
วันหมดอายุ	2 พฤศจิกายน 2561

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ซึ่งแนบ

พล.ร.ต. 
 (วิจัย) 
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.




แจ้งข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ

วันที่ 3 พฤศจิกายน 60

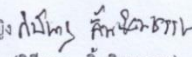
เรียน นางสาวณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย

โครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน" รหัส.BP037/60 ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว และคณะกรรมการฯ เห็นควรให้การรับรองโครงการวิจัยฯ นี้ จึงได้ออกเอกสารรับรองหมายเลข COA-NMD-REC046/60 ระยะเวลาการรับรองตั้งแต่ 3 พฤศจิกายน 2560 ถึง 2 พฤศจิกายน 2561

ในการนี้ขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบและปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไข หลังจากโครงการวิจัยของท่าน ได้รับการรับรองฯ ดังนี้

- 1) การดำเนินการวิจัย จะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยที่แจ้งไว้กับคณะกรรมการฯ เท่านั้น หากมีการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนไปจากที่แจ้งไว้ จะต้องรายงานต่อคณะกรรมการฯ พร้อมเหตุผล และแจ้งมาตรการที่จะป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก หากมีความตั้งใจที่จะดำเนินการที่เบี่ยงเบนนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก คณะกรรมการฯ จะยุติการรับรองโครงการวิจัยของท่าน
- 2) ในการให้ข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องใช้เอกสารที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ แล้วเท่านั้น
- 3) การดำเนินการขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องดำเนินการไปโดยปราศจากการบังคับหรือขู่จูง อย่างไม่เหมาะสมจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริง
- 4) เอกสาร หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่จะใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย จะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ
- 5) หากจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย (Protocol Amendment) ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม จะต้องแจ้งกับคณะกรรมการฯ ให้ทราบพร้อมเหตุผล และจะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ ก่อนที่จะดำเนินการกับอาสาสมัครฯ ยกเว้นในกรณีการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า เพื่อมิให้เกิดอันตรายแก่อาสาสมัครฯ เท่านั้น ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องแจ้งเหตุการณ์ดังกล่าว ให้คณะกรรมการฯ ได้ทราบภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่ดำเนินการ
- 6) หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย และมีผลต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครฯ หัวหน้าโครงการวิจัยต้องแจ้งให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย
- 7) หัวหน้าโครงการวิจัย ต้องแจ้งรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรง รวมทั้งเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้า แต่มีผลต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครฯ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกครั้งโดยไม่รอช้า
- 8) หัวหน้าโครงการวิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบอย่างน้อยปีละครั้ง ภายในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2561 หรือเมื่อได้รับการร้องขอ.
- 9) หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ หากต้องการต่ออายุต้องส่งรายงานความก้าวหน้าเพื่อให้คณะกรรมการฯ พิจารณาให้การรับรองต่อเนื่อง โดยต้องดำเนินการล่วงหน้า 1 เดือน ก่อนหมดอายุ (2 พฤศจิกายน 2561)
- 10) เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น หัวหน้าโครงการวิจัย จะต้องรายงานสิ้นสุด/ปิดโครงการต่อคณะกรรมการฯ ที่ สำนักจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือหลังโครงการเสร็จสิ้นภายใน 30 วัน / ในโอกาสแรก

จึงเรียนมาเพื่อให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไขดังกล่าว

ลงชื่อ น.ต.หญิง 
(สินีนามุ ลิมนิยมธรรม)

เลขานุการฯ / น.ส.น.จริยธรรมการวิจัยฯ

สามารถ Downloads แบบฟอร์มต่างๆ ได้ที่ www.nmd.go.th/ethich/ หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ Tel / Fax : 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th



ที่ ศธ 0512.11/1658

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ กันยายน 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. บันทึกข้อความ ขออนุญาตทำวิจัย จำนวน 1 ชุด
 2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 3. เอกสารแจ้งข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 ชุด
 6. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-2218-1149

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย โทร. 08-5122-3760

ที่ ดช ๐๐๓๖ (จว)/๑๗/๕



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย
เรียน นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน" ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยโรงพยาบาลตำรวจพิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว
เห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และกษัตริย์แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่าย
ของโครงการที่เสนอมาได้โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัย
ส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทคัดย่อลงในแผ่น CD ให้โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

นั้แพทย์ (สบ ๕) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา

โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ดล.๕๗/๒๕๖๐

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS PREDICTING CAREGIVER'S READINESS FOR DEPENDENT OLDER PERSONS IN TRANSITION PERIOD ON HOSPITAL TO HOME
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญ โรงพยาบาลกลาง
รหัสโครงการ	Nq031092/60
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 25 October 2017) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 25 October 2017) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 25 October 2017) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัดตปประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐
วันที่หมดอายุ	๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๑

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ

โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง.....
(พันตรี รัตนสมาวงศ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย บัณฑิตทำนวยความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะ
เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วันที่ชี้แจง _____

ชื่อ นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย

สถานที่ทำงาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

514 ถนนหลวง แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่าน
ข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้
โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและ
ข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำ
โครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อ
ปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือขังใจ ถึงแม้
ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัว
จากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านได้รับการบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับ
ของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครใน
โครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลง
นามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น

ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนวยของบัณฑิต
ทำนาย ได้แก่ ทักษะคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทาง
สังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน
ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ
ศึกษาอำนาจในการทำนวย ทักษะคิดของผู้ดูแล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ในการดูแล การ

Version :2... Date25 ต.ค.....60.....



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

กรมแพทย์ทหารเรือ

COA-NMD-REC-046 / 60

Date 3 11 60

FM-NMD-REC-15 (R02) JAN15

สนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. ท่านเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบเรื้อรัง เช่น คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บุตร หลาน เป็นต้น
2. ท่านเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง (Direct care) ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
3. ท่านเป็นผู้ที่มีเวลาให้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน
4. ท่านไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน
5. ท่านได้รับการสอนและเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแล้ว
6. ท่านมีการรับรู้ปกติ สื่อความหมายเข้าใจ
7. ท่านสนใจ และให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ให้การดูแลต้องได้รับการล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม (Hemodialysis) หรือล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis)
2. ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 121 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ท่านเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสอบถามโดยตรง แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากท่านทีละ 1 คน โดยผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30-60 นาที หากพบว่าท่าน มองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

Version :2... Date25 ต.ค.....60.....



กรมแพทยทหารเรือ

FM-NMD-REC-15 (R02) JAN15

COA-NMD-REC-046/60

Date 3 พ.ย. 60

และคำตอบให้ท่านฟังทีละข้อและให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่ท่านเลือก ในการตอบแบบสอบถาม หากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้ท่านซักถามข้อสงสัย

ความไม่สุขสบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ท่านอาจมีความไม่สุขสบาย เช่น อาการเหนื่อยล้า จากการตอบแบบสอบถาม วิธีการป้องกันทำได้ โดยให้ผู้วิจัยช่วยอ่านข้อคำถามให้ฟังเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น เป็นการลดการใช้สายตา หากท่านต้องการตอบแบบสอบถามเอง ผู้วิจัยแนะนำให้ทำการพักสายตาเป็นระยะ หรือเปลี่ยนอิริยาบถ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการแพทย์และพยาบาล เพราะทำให้ทราบถึงความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการจำหน่าย รวมถึงนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมหรือเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแล ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเตรียมกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับท่าน

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโทรศัพท์ 0818411371

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

นางสาวณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย นิสิตคณะพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ 10/550 ซอยนวมินทร์ 93 ถนนนวมินทร์ แขวงนวมินทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240 หมายเลข

โทรศัพท์ 0851223760



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

กรมแพทยทหารเรือ

COA-NMD-REC-046/60

Date 3 พ.ย. 60

FM-NMD-REC-15 (R02) JAN15

Version :2... Date ...25 ต.ค.....60...

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ถนนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากกรวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของท่านเป็นรายบุคคล รักษาความลับของข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลในกระดาษ เก็บในที่ปลอดภัย และจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล เก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสในการเข้าถึงข้อมูล และมีการกำจัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา รวมถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินแทรกซ้อน หรือต้องได้รับการล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม หรือล้างไตทางช่องท้อง



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
กรมแพทยทหารเรือ
COA-NMD-REC- 046/60
Date 3 พ.ค. 60

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย
 บัณฑิตทำนวยความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวณิชากรีย์ พริยจรัสชัย ที่อยู่ที่ติดต่อ โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
 โทรศัพท์ 085-122-3760-

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ
 ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
 รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย
 ข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูก
 ทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการ
 ถอนตัวออกจากกรวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกรดูแลรักษาของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
 วิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็น
 ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
 สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการ
 กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น ๓ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพ 10600 โทรศัพท์ / โทรสาร
 0-2475-2705 E-mail : rec@nmd.go.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า
 พยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

กรมแพทย์ทหารเรือ

COA-NMD-REC- 046 / 60

Date 3 พ.ย. 60

พยาน

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ผู้สูงอายุเลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบาย**อย่างชัดเจนเป็นที่พอใจมาจากผู้วิจัย ชื่อนางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย ที่อยู่ บ้านเลขที่ 10/550 ซอยนวนมิตร 93 หมู่ 6 ถนนนวนมิตร แขวงนวนมิตร เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240 ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” และความเสี่ยง/อันตราย ประโยชน์ซึ่งเกิดจากการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดย**สมัครใจ** และข้าพเจ้ามี**สิทธิ**ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรับบริการและการรักษาใดๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะ**เก็บข้อมูลเป็นความลับ** และจะเปิดเผยข้อมูลสรุปผลการวิจัย ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

4.6 ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมวิจัยและไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

4.7 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการให้การพยาบาลในโรงพยาบาล

4.8 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลทั้งหมดนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

4.9 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย ได้ตลอดเวลาที่โทรศัพท์มือถือ 064-2419161

4.10 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว



แบบสอบถามความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารที่เตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้
 - 1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 ทำได้เอง (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)
 - 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจากเตียงจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)
 - 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 ทำได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังเสร็จธุระ ถอดเสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
 - 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

- 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ราวร้อยละ 50
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

ได้)

7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0 ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
- 1 อาบน้ำได้เอง

9. Bowel (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั่นได้ปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
- 1 กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั่นได้ปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คะแนนรวม.....

ลงชื่อผู้ทำการประเมิน.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

คำชี้แจง

- แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ชุด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	22	ข้อ
ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ	จำนวน	34	ข้อ
ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	20	ข้อ
ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	จำนวน	18	ข้อ
ชุดที่ 5 แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	จำนวน	28	ข้อ
ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล	จำนวน	8	ข้อ
- โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
- กรุณาตอบข้อคำถามทุกข้อและทุกส่วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ที่ได้จริง
- ข้อมูลทั้งหมดถือว่าเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลคนอื่นต่อไป

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล 12 ข้อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่างในแต่ละข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล

1. เพศ

1.1 ชาย

1.2 หญิง

2. อายุ ปี.....เดือน (วันเดือนปีเกิด.....)

3. สถานภาพ

3.1 โสด

3.2 คู่

3.3 หย่า/แยก

3.4 หม้าย

4. ศาสนา

4.1 พุทธ

4.2 คริสต์

4.3 อิสลาม

4.4 อื่น (ระบุ)

5. ระดับการศึกษา

5.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ

5.2 ประถมศึกษา

5.3 มัธยมศึกษา

5.4 อนุปริญญา

5.5 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

5.6 สูงกว่าปริญญาตรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

10. ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน ชั่วโมง

11. สมาชิกในครอบครัว คน

11.1 จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลคน

11.2 ใครบ้างที่ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล (ตอบได้หลายข้อ)

สามเณร/ภรรยา

พ่อ/แม่

บุตร

หลาน

ญาติพี่น้อง ระบุ.....

อื่น (ระบุ)

12. แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ช่วยดูแล

- 12.1 ศูนย์บริการสาธารณสุข
- 12.2 ประชานชุมชน
- 12.3 อาสาสมัครชุมชน/อาสาสมัครหมู่บ้าน
- 12.4 อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- 12.5 เพื่อนบ้าน
- 12.6 ไม่มี

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุ

1. เพศ

 1.1 ชาย 1.2 หญิง

2. อายุ ปี.....เดือน (วันเดือนปีเกิด.....)

3. สถานภาพ

 3.1 โสด 3.2 คู่ 3.3 หย่า/แยก 3.4 หม้าย

4. ศาสนา

 4.1 พุทธ 4.2 คริสต์ 4.3 อิสลาม 4.4 อื่น (ระบุ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

8. ที่มาของรายได้

 8.1 จากการประกอบอาชีพของตนเอง 8.2 ลูก/หลาน 8.3 เบี้ยยังชีพ 8.4 บำเหน็จ/บำนาญ 8.5 อื่น (ระบุ)

9. การวินิจฉัยโรค

10. โรคร่วม (ตอบได้หลายข้อ)

 10.1 โรคความดันโลหิต 10.2 โรคเบาหวาน 10.3 โรคหัวใจ 10.4 โรคไขมันในเลือด

- 10.5 โรคหลอดเลือดสมอง
- 10.6 โรคพาร์กินสัน
- 10.7 โรคกระดูกและข้อ
- 10.8 โรคจิตเวช
- 10.9 ปัญหาเกี่ยวกับความจำ
- 10.10 โรคอื่น (ระบุ)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านอ่านข้อความให้เข้าใจแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด แบบสอบถามจำนวน 34 ข้อ ดังนี้

ข้อคำถาม	ไม่เห็น ด้วย มาก ที่สุด	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
1. อาจจะเป็นการดีถ้าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้อาศัยอยู่ในหน่วยที่พักอาศัยกับผู้คนที่อยู่ในวัยสูงอายุเหมือนกัน						
2. อาจจะเป็นการดีถ้าประชาชนส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในหน่วยที่พักอาศัยกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า						
3. ผู้คนส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันในด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งยากที่จะหาเหตุผลมาอธิบายว่าสิ่งใดที่ทำให้เขาเหล่านั้นเลือกที่จะปฏิบัติตนแตกต่างกันออกไป						
4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากผู้อื่น และเราสามารถเข้าใจผู้สูงอายุได้ง่ายเท่าๆกับความเข้าใจผู้ที่มีอายุน้อยกว่า						

ข้อคำถาม	ไม่เห็น ด้วย มาก ที่สุด	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
.						
32. จะได้ยินผู้สูงอายุบ่นเกี่ยวกับ พฤติกรรมของคนวัยอ่อนกว่าน้อย มาก						
33. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความรัก และการปลอบใจมากเกินไปเมื่อ เปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ไม่ได้อยู่ในวัย เดียวกัน						
34. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความรัก และการปลอบใจในปริมาณที่ไม่ แตกต่างจากผู้อื่นที่ต่างวัยกัน						

ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง การตอบแบบทดสอบ ขอให้ท่านอ่านข้อความให้เข้าใจแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่าน แบบทดสอบจำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ใช่	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความในข้อคำถามนั้นถูกต้อง
ไม่ใช่	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความในข้อคำถามนั้นผิด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อไม่ทราบว่าข้อความในข้อคำถามนั้นถูกหรือผิด

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
การดูแลตามความต้องการพื้นฐานร่างกาย 1. ผู้สูงอายุแม้จะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ก็ยังจำเป็นต้องออกกำลังกาย 2. ต้องดูแลทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุ อุจจาระ ปัสสาวะราดทันที . 5. หากผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ ซึมลง ปัสสาวะสีขุ่น หายใจเร็ว ควรปรึกษาแพทย์			
การดูแลตามความต้องการพื้นฐานจิตใจ 6. ควรสัมผัสตัว แสดงความรักกับผู้สูงอายุ เช่น จับมือ โอบกอด 7. ปรึกษาแพทย์เมื่อผู้สูงอายุมีอาการ เศร้าใจ เหม่อลอย พุดน้อย ร้องไห้ แยกตัว หรือมีพฤติกรรมสับสน . 10. ช่วยผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น เตรียมอาหารใส่บาตร นิมนต์พระมาใส่บาตรที่บ้าน หรือทำละหมาด			
การดูแลตามความต้องการพื้นฐานสังคม 11. ให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ รับประทานอาหารนอกบ้าน ไปเที่ยว			

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
<p>12. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้พบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูง</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>15. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะช่วยให้รู้สึกว่าการผลิตเพลิน ไม่คิด ฟุ้งซ่าน</p>			
<p>การดูแลตามความต้องการพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ</p> <p>16. ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ เช่น เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ค่ารักษาพยาบาล ของใช้ส่วนตัว</p> <p>17. ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสวัสดิการจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล จะมีรายได้จากรายได้</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>20. ให้เงินผู้สูงอายุใช้ส่วนตัว เพื่อช่วยเหลือทางด้านความเป็นอยู่และความมั่นคงทางด้านรายได้</p>			

ชุดที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ และ ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
ด้านอารมณ์ 1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอ ขณะที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ 2. ท่านได้รับความไว้วางใจในการ ดูแลผู้สูงอายุ . . . 5. มีผู้ให้ความเคารพนับถือ และ ยกย่องท่านที่ให้การดูแล ผู้สูงอายุ						<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว ระบุ <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ <input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
ด้านการประเมิน 6. ผู้อื่นมองว่าท่านเป็นแบบอย่าง ที่ดีของสังคม . . .						<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว ระบุ <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ <input type="checkbox"/> เพื่อน

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
8. มีผู้ให้คำชมเชยท่านว่า ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้อื่น						<input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
ด้านข้อมูล 9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ 10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ . . . 13. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่นๆ						<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว ระบุ <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ <input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
การสนับสนุนด้านทรัพยากร 14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ 15. มีผู้ให้การช่วยเหลือท่านในเรื่องอุปกรณ์และสิ่งของต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ . . .						<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว ระบุ <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ <input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
18. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ให้สะดวกสบายต่อการดูแลผู้สูงอายุ						ระบุ



ชุดที่ 5 แบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบวัดความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลนี้ เป็นการวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความขัดแย้งในบทบาท ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามที่คาดหวัง ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้นและด้านความเครียดโดยรวม

ด้านความขัดแย้งในบทบาท

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ในบทบาทอื่นๆ มากน้อยเพียงใดในแต่ละข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด

ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุดหรือลงในช่องไม่มีบทบาทนี้ ถ้าท่านไม่มีบทบาทนั้น

การดูแลผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อท่านในการทำหน้าที่ในบทบาทอื่นมากน้อยเพียงใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด	ไม่มีบทบาทนี้
1. ทำหน้าที่ภรรยา /สามี						
2. ทำหน้าที่พ่อหรือแม่						
3. ทำหน้าที่ลูกสาว / ลูกชาย						
.						
.						
.						
13. ทำสิ่งดีๆ ให้กับตัวเอง เช่น การดูแลตัวเอง						
14. ความรับผิดชอบอื่นๆ ที่ท่านมีอยู่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุให้เป็นไปตามที่ท่านคิด						

ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นการถามถึงความรู้สึกของท่านในระหว่างดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่ามีผลกระทบในทางลบต่อชีวิตของท่านหรือไม่ ในแต่ละข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การช่วยเหลือผู้สูงอายุทำให้.....	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	มากที่สุด
1. ท่านมีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง					
2. เพิ่มความตึงเครียดระหว่างท่านและผู้สูงอายุ					
3. ความเป็นส่วนตัวของท่านลดน้อยลง					
.					
.					
.					
13. ท่านต้องเพิ่มความกังวลในเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น					
14. เวลาในการพบปะเพื่อนฝูงและญาติพี่น้องของท่านน้อยลง					

ชุดที่ 6 แบบวัดความพร้อมของผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อคำถามนี้เป็นข้อคำถามที่ต้องการทราบถึงความพร้อมในการดูแล ว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลแต่ละเรื่องมากน้อยเพียงใด ในแต่ละข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวา โดยตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ไม่มีความพร้อมเลย	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลเลย
มีความพร้อมเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลเล็กน้อย
มีความพร้อมปานกลาง	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลปานกลาง
มีความพร้อมมาก	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลมาก
มีความพร้อมมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลมากที่สุด

ข้อ	ข้อคำถาม	ไม่มีความพร้อมเลย	มีความพร้อมเล็กน้อย	มีความพร้อมปานกลาง	มีความพร้อมมาก	มีความพร้อมมากที่สุด
1.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
2.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
3.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแลให้กับผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
	.					
	.					
	.					

ข้อ	ข้อความ	ไม่มีความพร้อมเลย	มีความพร้อมเล็กน้อย	มีความพร้อมปานกลาง	มีความพร้อมมาก	มีความพร้อมมากที่สุด
7.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุขได้มากน้อยเพียงใด					
8.	โดยรวม ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					



การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง

1. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.800	34

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ ได้ค่าแอลฟาคอนบาคเท่ากับ .80

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการหาค่าระดับความยากง่ายและอำนาจจำแนก ได้ผลดังนี้

ข้อ	ระดับความยากง่าย	อำนาจจำแนก
1	.80	.27
2	.83	.20
3	.77	.20
4	.86	.26
5	.76	.20
6	.77	.20
7	.80	.27
8	.78	.26
9	.80	.20
10	.78	.20
11	.83	.20
12	.80	.20
13	.73	.20
14	.77	.27
15	.80	.26
16	.80	.20
17	.80	.40
18	.87	.27
19	.80	.40
20	.77	.20

พบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีระดับความยากง่ายไม่เท่ากัน จึงใช้สูตรคำนวณการหาค่าความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{KR-20} : r &= \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right] \\ &= \frac{20}{20-1} \left[1 - \frac{1.86}{5.88} \right] \\ &= 0.72 \end{aligned}$$

แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72

3. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.832	18

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ได้ค่าแอลฟาคอนนาคเท่ากับ .83

4. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ด้านความขัดแย้งในบทบาท

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.860	14

ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.934	14

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.891	28

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความขัดแย้งในบทบาทได้ค่าแอลฟาคอนนาค เท่ากับ .86 ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ได้ค่าแอลฟาคอนนาค เท่ากับ .93 และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวม เท่ากับ .89

5. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.897	8

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ได้ค่าแอลฟาคอนนาคเท่ากับ .90

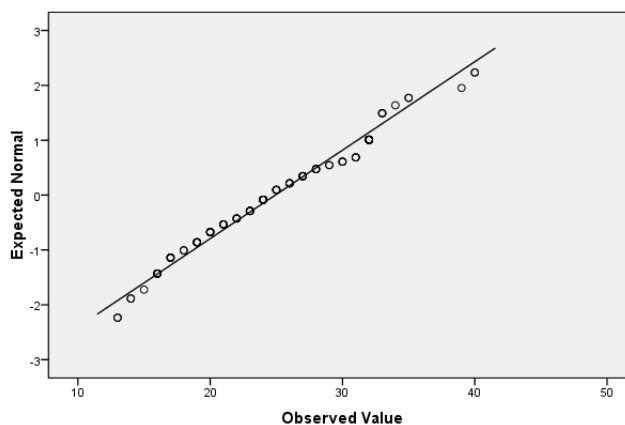
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

1. ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair et al., 2010)

1.1 ข้อมูลความพร้อมของผู้ดูแลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

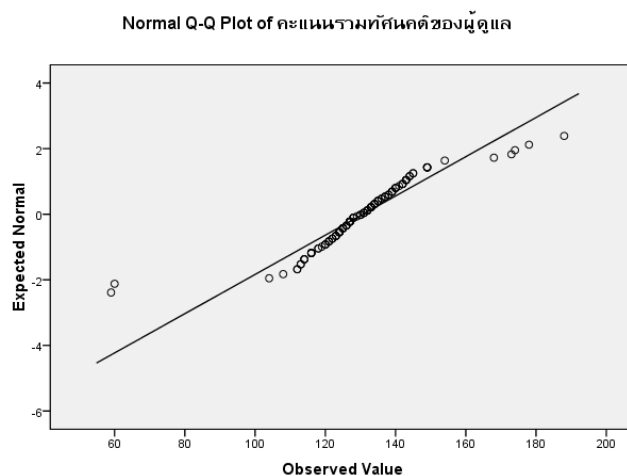
1.1.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)

Normal Q-Q Plot of คะแนนรวมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ



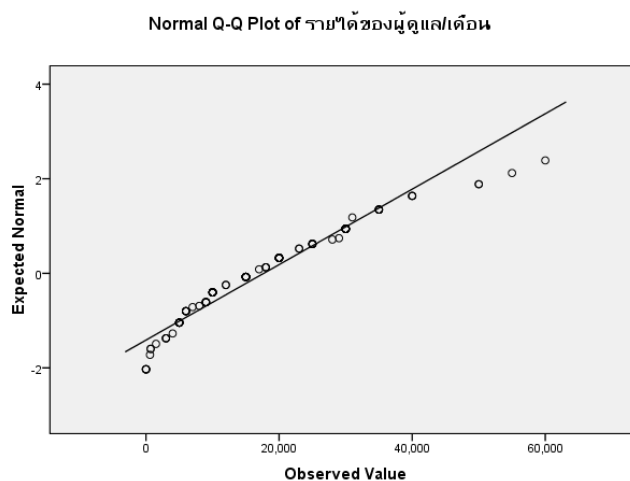
1.2 ข้อมูลทัศนคติของผู้ดูแลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.2.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



1.3 ข้อมูลการสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.3.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



1.4 ข้อมูลการความรู้ในการดูแลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.4.1. Mean เท่ากับ Median

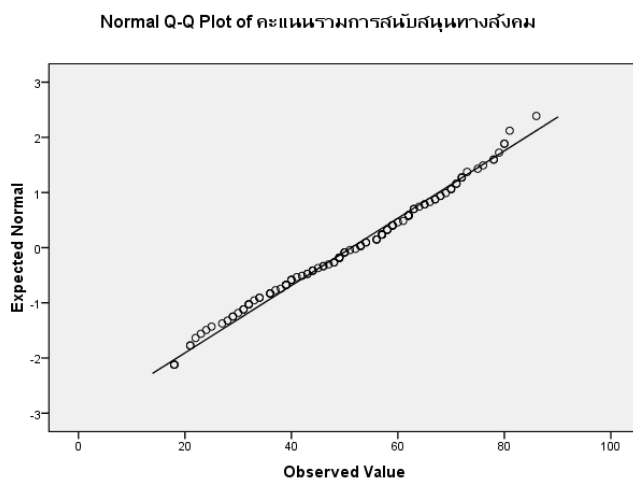
Statistics

คะแนนรวมความรู้ในการดูแล

N	Valid	117
	Missing	0
Mean		18.61
Median		19.00
Skewness		-1.551
Std. Error of Skewness		.224
Kurtosis		2.336
Std. Error of Kurtosis		.444

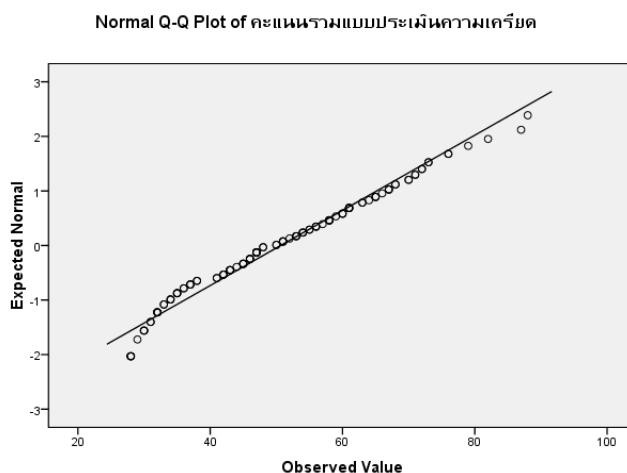
1.5 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.5.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



1.6 ข้อมูลความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.6.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต้องส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรตาม ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ (อิสระ) กับตัวแปรตาม และความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

	1	2	3	4	5	6
1.ความพร้อมของผู้ดูแล	1.000					
2. ทักษะคิดของผู้ดูแล	0.256**	1.000				
3.สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (รายได้ : บาทต่อเดือน)	-0.032	-0.017	1.000			
4.ความรู้ในการดูแล	0.348**	0.227*	-0.014	1.000		
5.การสนับสนุนทางสังคม	0.075	0.136	-0.137	-0.047	1.000	
6.ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	-			-		1.000

** $p < .01$, * $p < .05$

จากตารางพบว่าตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r = -.447$, $p < .01$) รองลงมาคือ ความรู้ในการดูแล ($r = .348$, $p < .01$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ามากกว่า 0.60 (DeVellis, 2012) ไม่มีตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตาราง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.447 ^a	.200	.193	5.570	.200	28.783	1	115	.000	
2	.498 ^b	.248	.235	5.424	.048	7.280	1	114	.008	1.749

a. Predictors: (Constant), ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

b. Predictors: (Constant), ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล, ทัศนคติของผู้ดูแล

c. Dependent Variable: ความพร้อมของผู้ดูแล



ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	892.890	1	892.890	28.783	.000 ^a
	Residual	3567.417	115	31.021		
	Total	4460.308	116			
2	Regression	1107.027	2	553.514	18.818	.000 ^b
	Residual	3353.281	114	29.415		
	Total	4460.308	116			

a. Predictors: (Constant), ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

b. Predictors: (Constant), ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล, ทัศนคติของผู้ดูแล

c. Dependent Variable: ความพร้อมของผู้ดูแล

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	34.607	1.877		18.438	.000		
	ความเครียดใน บทบาทผู้ดูแล	-.191	.036	-.447	-5.365	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	23.546	4.488		5.246	.000		
	ความเครียดใน บทบาทผู้ดูแล	-.183	.035	-.429	-5.265	.000	.993	1.007
	ทัศนคติของ ผู้ดูแล	.082	.030	.220	2.698	.008	.993	1.007

a. Dependent Variable: ความพร้อมของผู้ดูแล

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	15.43	30.24	24.92	3.089	117
Residual	-14.961	12.023	.000	5.377	117
Std. Predicted Value	-3.074	1.723	.000	1.000	117
Std. Residual	-2.759	2.217	.000	.991	117

a. Dependent Variable: ความพร้อมของผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาค่า tolerance ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ค่า tolerance มีค่า 0-1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยค่า tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 ตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity และพิจารณาค่า variance inflation factor (VIF) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอีกวิธีหนึ่ง ค่า VIF ยิ่งมีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552) จากตาราง

พบว่าค่า tolerance และค่า VIF มีค่าอยู่เกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเมื่อพิจารณาค่า Durbin-Watson = 1.749 ซึ่งเป็นการตรวจสอบความเป็นอิสระกันของความคลาดเคลื่อน มีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่าไม่เกิดภาวะ autocorrelation นั่นคือค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555)

ตารางที่ 22 จำนวน และร้อยละ โรคร่วมของผู้สูงอายุ

จำนวนโรคร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วมเลย	7	5.98
มีโรคร่วมรวม	110	94.02
โรคร่วม 1 โรค		
ความดันโลหิตสูง	8	6.84
เบาหวาน	1	0.85
พาร์กินสัน	3	2.56
ปัญหาเกี่ยวกับความจำ	3	2.56
กระดูกและข้อ	1	0.85
รวม	16	13.68
โรคร่วม 2 โรค		
กระดูกและข้อและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	2	1.71
ความดันโลหิตสูงและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	3	2.56
ความดันโลหิตสูงและกระดูกและข้อ	2	1.71
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด	8	6.84
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	7	5.98
ความดันโลหิตสูงและพาร์กินสัน	1	0.85
ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง	3	2.56
หัวใจและหลอดเลือดสมอง	1	0.85
หลอดเลือดสมองและกระดูกและข้อ	1	0.85
รวม	28	23.93

ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนโรคร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วม 3 โรค		
ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดและหลอดเลือดสมอง	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวานและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	2	1.71
ความดันโลหิตสูง เบาหวานและกระดูกและข้อ	3	2.56
ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือด	12	10.26
ความดันโลหิตสูง เบาหวานและพาร์กินสัน	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวานและหัวใจ	2	1.71
ความดันโลหิตสูง พาร์กินสันและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	2	1.71
ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองและโรคจิตเวช	1	0.85
ความดันโลหิตสูง หัวใจและไขมันในเลือด	4	3.42
เบาหวาน ไขมันในเลือดและกระดูกและข้อ	1	0.85
หลอดเลือดสมอง กระดูกและข้อและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
รวม	31	26.50
โรคร่วม 4 โรค		
ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือด หลอดเลือดสมองและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระดูกและข้อและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	3	2.56
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดและกระดูกและข้อ	1	0.85

ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนโรคร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือดและหลอดเลือดสมอง	5	4.27
ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง พาร์กินสันและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไชมันในเลือดและหลอดเลือดสมอง	2	1.71
ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไชมันในเลือดและกระดูกและข้อ	2	1.71
ความดันโลหิตสูง หัวใจ โรคกระดูกและข้อและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมองและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือดสมอง	1	0.85
รวม	19	16.24
โรคร่วม 5 โรค		
ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือด หลอดเลือดสมอง พาร์กินสันและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือด หลอดเลือดสมองและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	2	1.71
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือด หลอดเลือดสมองและพาร์กินสัน	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไชมันในเลือดและกระดูกและข้อ	3	2.56
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไชมันในเลือดและหลอดเลือดสมอง	2	1.71
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมองและพาร์กินสัน	1	0.85
ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไชมันในเลือด หลอดเลือดสมองและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
รวม	11	9.40

ตารางที่ 4 (ต่อ)

จำนวนโรคร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วม 6 โรค		
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด พาร์กินสัน จิตเวช และปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด หลอดเลือดสมอง พาร์กินสันและกระดูกและข้อ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือด กระดูกและข้อและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมอง กระดูกและข้อและจิตเวช	1	0.85
รวม	4	3.42
โรคร่วม 7 โรค		
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือด หลอดเลือดสมอง พาร์กินสันและปัญหาเกี่ยวกับความจำ	1	0.85
รวม	1	0.85





สมาคมพยาบาลทหารบก ROYAL THAI ARMY NURSES ASSOCIATION (RTANA)

เลขที่ ๓๑๗/๖ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๓๕๔-๕๒๒๓, ๐-๒๗๖๓-๔๒๖๐, ๐-๒๗๖๓-๓๖๔๐ โทรสาร : ๐-๒๓๕๔-๕๒๒๓

317/6 Rajavithi Road, Rajathavee, Bangkok 10400, Thailand

Tel. 0-2354-5223, 0-2763-4260, 0-2763-3640 Fax. 0-2354-5223 E-mail : rtana190806@gmail.com

ที่ สคพ. วส.๗๙/ ๒๕๖๑

๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ตอบรับได้รับบทความวารสารพยาบาลทหารบก

เรียน น.ส. นิชชารีย์ พิริยจรัสชัย

ตามที่ท่านได้ส่งบทความในวารสารพยาบาลทหารบก เรื่อง ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ทางวารสารได้รับบทความของท่านและขอให้ท่านส่งบทความที่แก้ไขหลังสอบจบภายใน ๑ เดือน ถ้าเกินกำหนดไม่ว่าในกรณีใดๆ ทางวารสารจะขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลทหารบก ซึ่งปัจจุบันวารสารพยาบาลทหารบกได้รับการพิจารณาเป็น ASEAN Citation Index (ACI) และวารสารได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่ม ๑ และมีค่า Impact Factor = ๐.๖๗๔

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจในวารสารพยาบาลทหารบก และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการช่วยพัฒนาวารสารพยาบาลทหารบกให้มีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับในวงการการศึกษาและวิชาชีพ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พ.อ.หญิง ผศ.ดร.

(สายสมร เฉลยกิตติ)

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย เกิดวันที่ 28 พฤษภาคม 2524 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) จาก มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2546 หลังสำเร็จการศึกษาปฏิบัติงานหอผู้ป่วยรวมชาย โรงพยาบาลสิรินธร ต่อมา ปี พ.ศ.2548 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกลาง ต่อมา ปี พ.ศ.2553 ย้ายมาปฏิบัติงานที่กลุ่มงานอนามัยชุมชน ปี พ.ศ.2555 ได้เลื่อนระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและในปี พ.ศ.2556 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรรักษาโรคเบื้องต้น) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ในปี พ.ศ.2558 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างการศึกษาได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนเข้าร่วมการประชุม 7th University Scholar Leadership Symposium 2016 ระหว่างวันที่ 1-6 สิงหาคม 2559 และโครงการ The graduate student activities to developed leadership capacity and strengthen student affairs ระหว่างวันที่ 7-10 สิงหาคม 2559 ที่กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร