

ผลของโครงการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของ  
ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2563  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING HUMANITUDE CARE PROGRAM ON CAREGIVING STRESS  
OF CAREGIVERS IN BAN BANG KHAE SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR  
OLDER PERSONS



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
โดย	ร.ต.อ.หญิงสุภาวดี ลำสัน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุภาวดี ลำสัน : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค . ( THE EFFECT OF PROMOTING HUMANITUDE CARE PROGRAM ON CAREGIVING STRESS OF CAREGIVERS IN BAN BANG KHAE SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดแบบอนุกรมเวลา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ทั้งนี้โปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พัฒนาโดย ซาริท และซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชัญญิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำและเปรียบเทียบเป็นรายคู่

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ในสัปดาห์ที่ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในสัปดาห์ที่ 6 ลดลงอย่างต่อเนื่อง 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6077349536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: CAREGIVER, STRESS OF CAREGIVERS, HUMANITUDE CARE PROGRAM, HUMANITUDE CARE KNOWLEDGE, HUMANITUDE CARE BEHAVIOR, HUMANITUDE CARE ACTIVITY

Supavadee Lumsan : THE EFFECT OF PROMOTING HUMANITUDE CARE PROGRAM ON CAREGIVING STRESS OF CAREGIVERS IN BAN BANG KHAE SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR OLDER PERSONS. Advisor: Assoc. Prof. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research were to 1) study the stress of caregivers in Bang Khae Social Welfare Development Center before, between and after participating in a Humanitude care program and 2) compare the stress of caregivers in Bang Khae Social Welfare Development Center before, between and after participating in a Humanitude care program. The participants were 18 caregivers in line with this study inclusion criterion. The research tool was a program to promote knowledge and practice about Humanitude care (Yves Gineste & Rosette Marescotti, 2008) for caregivers. The Humanitude care program was first tested for content validity by 5 experts. The data collecting instrument was the Zarit Burden Questionnaire translated into Thai by Chanandchidassadee Toonsiri (2011) with reliability score of 0.89 and the data were analyzed using mean, standard deviation, One-way Repeated Measures, ANOVA and Pairwise Comparison.

Major findings were as follows: 1) Mean stress of caregivers after participating in a Humanitude care program decreased significantly from the first time attending the program, measuring at the level of  $p < 0.5$ , and it also continuously decreased significantly before (first week) between (2-5 weeks) and after (sixth week) participating in a Humanitude care program at the level of  $p < 0.5$ . 2) Mean of Humanitude care knowledge of caregivers before participating in the Humanitude care program was significantly lower than after participating in the Humanitude care program at the level of  $p < 0.5$ . 3) Mean of Humanitude care behavior before participating in the Humanitude care program was significantly lower than after participating in the Humanitude care program at the level of  $p < 0.5$ . 4) Mean of Humanitude care activity before participating in the Humanitude care program was significantly lower than after participating in the Humanitude care program at the level of  $p < 0.5$ .

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2020

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจ ความรัก ความเมตตา และเอาใจใส่จนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ อีกทั้งยังมอบโอกาสและประสบการณ์อันล้ำค่ามาโดยตลอด ทั้งให้ความห่วงใยและเป็นกำลังใจสำคัญยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการ สอววิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอววิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์ ว่าที่ พ.ต.ท.หญิง ดร.พรรณทิพา เวชรังษี อาจารย์พิชยพันธ์ วัฒนวิฑูกร นางสาวธันยรัตน์ พุฒิวัฒนธราดล และนาวาอากาศตรีหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง ผู้ให้ทั้งโอกาสและความเมตตา และสนับสนุนและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

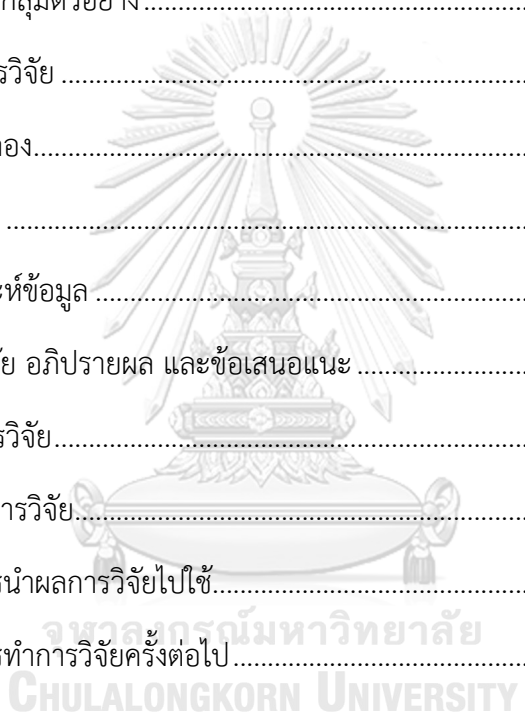
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุภาวดี ลำสัน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ณ	ณ
สารบัญภาพ.....ญ	ญ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 6	6
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 6	6
แนวคิดเหตุผล..... 6	6
สมมติฐานการวิจัย..... 9	9
ขอบเขตการวิจัย..... 9	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 12	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 13	13
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... 15	15
2. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย..... 21	21
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ..... 27	27
4. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ..... 31	31
5. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด..... 36	36

6. โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล.....	48
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	69
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	74
รูปแบบการวิจัย.....	74
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	75
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	76
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	78
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	78
การดำเนินการทดลอง.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	93
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	95
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	103
การอภิปรายผลการวิจัย.....	111
ข้อสังเกตที่ได้จากการวิจัย.....	115
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	119
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป.....	120
บรรณานุกรม .....	121
ภาคผนวก .....	126
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	127
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือรับรองจริยธรรม.....	129
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	139
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์.....	144
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	147





ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างภาพการดำเนินการสอนโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด.....	171
ประวัติผู้เขียน .....	190



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การแบ่งประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ .....	29
ตารางที่ 2 โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล 6 สัปดาห์ หลักการ กิจกรรมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล.....	49
ตารางที่ 3 การประยุกต์องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หลักการพยาธิสรีรวิทยาของแนวคิด ทฤษฎีกับกิจกรรมการดูแลที่ส่งผลต่อการลดความเครียดในการดูแล .....	62
ตารางที่ 4 การประยุกต์การจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ของ Ginesste & Marescotti (2008) .....	67
ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรค ประจำตัวอื่นๆ .....	76
ตารางที่ 6 คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม .....	96
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วม กิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังเสร็จสิ้น กิจกรรม (สัปดาห์ที่ 6).....	99
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วม กิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 6) เป็นรายคู่.....	100
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรม.....	101
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมน นิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล (n=18).....	102
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิด ฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล (n=18).....	102

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin .....	33
ภาพที่ 2 กลไกการติดต่อสื่อสารด้วยการพูด.....	40
ภาพที่ 3 กลไกการสื่อสารด้วยวิธีการพูด/การรับ – ส่งสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ.....	40
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	73
ภาพที่ 5 สรุปลำดับขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	94
ภาพที่ 6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ( n=18) รายสัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 .....	98
ภาพที่ 7 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=18) .....	101

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลกในต้นศตวรรษที่ 21 ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน (ร้อยละ 17.5) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากคาดการณ์ประชากรสูงวัยในประเทศไทยพบว่าในปี 2565 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2562) จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเองเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันร่วมกับการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ยากกว่าวัยอื่นส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือภาวะติดเตียง นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและส่งผลกระทบต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยลงได้ (จิรียา ชำเจริญ, 2564)

การปรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวของสังคมไทยส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ไร้ที่พึ่งและถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น อีกทั้งภาวะสุขภาพและความเสื่อมถอยด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแล แต่ก็มีผู้สูงอายุบางรายที่มีข้อจำกัดในเรื่องของการดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไร้ที่พึ่ง ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล ถูกบุตรหลานญาติมิตรทอดทิ้งและขาดผู้ดูแลให้การเลี้ยงดู ฯลฯ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจึงจำเป็นต้องจากครอบครัวไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราจึงเป็นประเด็นที่ภาครัฐให้ความสำคัญในการให้ความคุ้มครองด้วยการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด (สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ยุค 4.0, 2563)

ทั้งนี้การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ภาครัฐดำเนินงานในรูปแบบศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภายใต้กรมกิจการผู้สูงอายุ (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2562) โดยปัจจุบันทั่วประเทศมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ทั้งหมดจำนวน 12 แห่ง ซึ่งแต่เดิมเรียกว่าสถานสงเคราะห์คนชรา โดยสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกของประเทศไทย คือ บ้านพักคนชราบางแคหรือปัจจุบันเรียกว่าศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุหรือผู้ที่เข้ารับการสงเคราะห์มากถึง 234 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2562)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จัดได้ว่าเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานแห่งแรกของประเทศ มีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พึ่งในด้านที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย จัดหาสิ่งของอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตและสนับสนุนระดับประคองผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีความสุข (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2562) ปัจจุบันในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ยังสุขภาพดีช่วยเหลือตัวเองได้จำนวน 110 คน 2) กลุ่มที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพหรือภาวะพึ่งพิง จำนวน 40 คน และ 3) กลุ่มเจ็บป่วย นอนติดเตียงจำนวน 84 คน ทั้งนี้พบว่ากลุ่มสุดท้ายหรือกลุ่มเจ็บป่วย นอนติดเตียงก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังโดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น จากพยาธิสภาพของสมองอาจทำให้สูญเสียการทรงตัว เคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก นอนติดเตียงและบกพร่องด้านการสื่อสาร โดยผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มนั้นล้วนสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลเกิดขึ้นได้ อาทิเช่น กลุ่มที่ยังสุขภาพดีช่วยเหลือตัวเองได้ หากมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ดูแลก็จะส่งผลให้การดูแลนั้นยากขึ้นหรือผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล กลุ่มที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพมีภาวะพึ่งพิงหรือมีความเจ็บป่วย เช่น โรคสมองเสื่อมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายต่อต้านในการดูแล (ธันยรัตน์ พุฒิวณิชธราดล, 2560) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกยากลำบาก รู้สึกเป็นปัญหา ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ (Pearlin et al, 1990) และกลุ่มเจ็บป่วย นอนติดเตียงก็ส่งผลให้มีความยากลำบากในการดูแลหรือมีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลเกิดขึ้นได้

ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งในระยะสั้น ระยะยาวและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น (อรทัย บุญชูวงศ์และคณะ, 2560) ทั้งนี้ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแคเป็นบุคคลสำคัญที่จะดูแลผู้สูงอายุไปตลอดระยะเวลาที่อาศัยใช้ชีวิตอยู่ในศูนย์ โดยผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแคส่วนใหญ่ต้องผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและมีหน้าที่ดูแลสุขอนามัย กิจวัตรประจำวัน บริการเรื่องอาหาร สุขภาพ การฟื้นฟู จัดกิจกรรมสันทนาการหรือกิจกรรมกลุ่มให้เหมาะสมตามสภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ดูแลภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เริ่มเจ็บป่วย มีภาวะพึ่งพิง โรคเรื้อรัง หรือนอนติดเตียง โดยผู้ดูแลทุกคนจะมีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียนในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มตามแต่ละเวร จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการสงเคราะห์ที่มีจำนวนที่มากขึ้น การทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแคย่อมมีภาระในการดูแลที่หนักขึ้น ทั้งในเรื่องของการปฏิบัติงานเชิงรุกที่จะต้องเข้าไปให้ความรู้และดูแลผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงและการปฏิบัติงานเชิงรับ

ซึ่งเป็นงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยงานดูแลผู้สูงอายุที่นับวันผู้สูงอายุยิ่งมีพัฒนาการที่อ่อนแอลงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องการผู้ดูแลในการดูแลตลอดเวลา ถือว่าเป็นภาระการทำงานที่หนักมาก (มณิสสา สุดิรัตน์, 2556) จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค มีจำนวนมากถึง 238 คน และมีผู้ดูแลในศูนย์จำนวนทั้งสิ้น 27 คน (ศูนย์การจัดสวัสดิการและสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2562) โดยสัดส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุคือ 1:7 ถือว่าเป็นภาระในงานดูแลผู้สูงอายุที่สูง ซึ่งโดยปกติการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและลดสภาวะความเครียดในการดูแลของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการควรจะเป็นสัดส่วน 1:4 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540) อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก (ขวัญตา บุญวาศ และคณะ, 2560) อีกทั้งต้องรับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงมักมีปัญหาที่เกิดจากการดูแล ได้แก่ ปัญหาด้านภาวะอารมณ์ จิตใจ มีภาระในการดูแลสูงขึ้น และขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากผู้ดูแลที่เป็นตัวหลักในการดูแลมีปัญหาดังกล่าวแล้ว จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) และนำไปสู่การละเลยในการดูแล (พนิตตา ศรีหาค้าง, 2559) นอกจากนี้ยังส่งผลเสียด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามมา (Ahmet Turan Isik, 2018) อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มที่เคยสุขภาพดี ช่วยตนเองได้ เมื่ออายุมากขึ้นก็จะกลายเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วย ติดเตียง ในที่สุดภาระในการดูแลของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น (รายงานการดำเนินงานประจำปีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2559)

ความเครียดในการดูแล หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึกเป็นปัญหาหรือเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบของการดูแลที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลโดยตรงและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล (Pearlin et al, 1990) โดยอธิบายกระบวนการเกิดความเครียดในการดูแลว่าเป็นกระบวนการเกิดความเครียดในการดูแลที่มีลักษณะเป็นพลวัตรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) ปัจจัยที่สองเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressors) ปัจจัยที่สามตัวแปรคั่นกลางของความเครียด (Mediators) และปัจจัยสุดท้าย ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

โดยจากการศึกษาของชนิษฐา บุญแสง (2550) พบว่า ความเครียดในงานของพี่เลี้ยงผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านความเครียดจากตัวผู้สูงอายุและพฤติกรรมของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และจากการศึกษาของ มณิสสา สุดิรัตน์

(2556) พบว่าการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผลต่อการลดความเครียดในการดูแล ถ้าผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจในแนวทางการดูแลที่ถูกต้องจะลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลลงได้ (วีณา ลิ้มสกุล และคณะ, 2557) และหากผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแล ไม่มีความเข้าใจในภาวะโรค หรือไม่มีวิธีการจัดการพฤติกรรมต่างๆของผู้สูงอายุย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดในการดูแลและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลตามมา (Young Ae Han, 2020)

จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยทบทวนในกลุ่มผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) ที่ได้รับค่าตอบแทนในการประกอบอาชีพจากการให้บริการในสถานดูแลระยะยาว (Long-Term Care) เช่น สถานบริบาล สถานสงเคราะห์คนชรา ฯลฯ เท่านั้น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล แบ่งปัจจัยเป็น 2 ด้านหลักได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในระดับสูงจากการที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล (ศศิวิมล คงเมือง, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ (2544) พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลมาจากปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และยังพบว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติมีความเครียดในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ และ 2) ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะโรคที่เป็น ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดในการดูแลเกิดขึ้น (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วริสรา ลูวิระ (2556) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการดูแล ซึ่งเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลได้ เช่น ความรู้เรื่องโรค วิธีการดูแล การให้ยา การให้อาหาร การดูแลกิจวัตรประจำวัน ฯลฯ ดังนั้นการเรียนรู้และมีความรู้สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้จึงมีประโยชน์อย่างมาก ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและลดความเครียดในการดูแลลงได้ (Claudia, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวคิดที่ใช้กันแพร่หลายในกลุ่มผู้ดูแลในประเทศทางแถบยุโรปและทางญี่ปุ่นแนวคิดนี้คือ แนวคิดแบบฮิวแมนนิจูด โดยเน้นในเรื่องของการดูแลที่ผู้ดูแลเข้าใจและให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ดูแลด้วยความรัก ความอ่อนโยน หากผู้ดูแลเข้าใจหลักการดูแลด้วยความรักและความอ่อนโยน มีความรู้เข้าใจวิธีการดูแลโดยผ่านเทคนิคการดูแลที่ใช้องค์ประกอบทั้ง 4 อย่าง ได้แก่ 1. การสบตา (Eye contact) 2. การพูด (Speech) 3. การสัมผัส (Touch) และ 4. การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Vertical) (Yves Gineste & Rosette Marescotti, 2008) ซึ่งแนวคิดนี้สามารถช่วยลดพฤติกรรมและการต่อต้านการรักษาหรือการดูแลได้ (Melo, 2017) ส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้นและผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลลดลงตามมา ดังนั้นหากมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีความรู้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และตอบสนองความรู้สึก

จากผู้ดูแลที่ถ่ายทอดออกมา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงให้ความร่วมมือในการดูแล หรือมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Ishikawa, Mio, Miwako & Yoichi, 2015; Obara, 2013)

การส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสามารถลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ ดังนี้ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) โดยพัฒนาจาก Gineste & Marescotti (2008) ที่กล่าวถึงปรัชญาการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความผาสุกและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล โดยวิธีการปฏิบัติการดูแลเอาใจใส่ที่ดี ประกอบด้วย การพูดคุย การมอง การสัมผัส และการจัดทำทาง ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้สูงอายุเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล (Gomes, Carvalho, & Ribeiro, 2018) เนื่องจากการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะส่งผลกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผ่านหลักการของการมอง การสัมผัส การพูด และการจัดทำในแนวตั้งตรง ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อสมองส่วน Limbic System ที่เป็นส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหลั่ง Oxytocin ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะที่สงบและมีพฤติกรรมต่อต้านลดลง (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราตล, 2560) ในขณะเดียวกันในโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะมีผลต่อตัวผู้ดูแลเองที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องเทคนิคการดูแลกลุ่มที่มีความยากลำบากในการดูแล (วริศรา ลูวีระ, 2556) เช่น กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงติดเตียง หรือกลุ่มสมองเสื่อม

การศึกษาในประเทศไทยในผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) ในขณะนี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ ส่วนงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดที่ไปลดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย การไปช่วยลดความเครียดในการดูแลมีความจำเป็นและมีความสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุ หากสามารถพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมเพื่อช่วยผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแลได้ ก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการได้รับการดูแลที่ดี ด้วยความอ่อนโยน ดูแลด้วยความเข้าใจ และลดโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการทำร้ายผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยเน้นในการดูแลโดยใช้หลักความอ่อนโยน ความรักและการให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับการดูแล มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลลดลง ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งตัวผู้สูงอายุและตัวผู้ดูแล



## คำถามการวิจัย

ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หรือไม่

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

## แนวคิดเหตุผล

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมในทางที่เสื่อมลง นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ ดังนั้นวัยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหลายๆ ด้าน ซึ่งจะช่วยลดภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น ช่วยชะลอความเสื่อมของสุขภาพและยังคงไว้หรือเพิ่มระดับความสามารถในการกำหนดหน้าที่ของร่างกายให้ดีขึ้น จากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความชราเพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ บทบาทของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ (กิริติ กิจธีระวุฒิวงษ์, 2561) และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลเพื่อให้สามารถรับมือกับพฤติกรรมและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ หากผู้ดูแลไม่สามารถรับมือกับพฤติกรรมหรือไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุได้ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดในการดูแลและนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพ (วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์และคณะ, 2561)

ความเครียดในการดูแล หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึกรู้สึกเป็นปัญหาหรือเป็นภาระจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบของการดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลโดยตรง (Pearlin et al, 1990) โดยเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลจะประเมินโดยสติปัญญาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมันเกินกำลังและก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเองหรือไม่ โดยกรอบแนวคิดของกระบวนการการเกิดความเครียด (stress process model) อธิบายความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุว่า จะส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ดูแล (ชาลินี สุวรรณยศ, 2563) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแล (caregiving burden) ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม (Socio-demographic factors) คือข้อมูล

พื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การจัดการกับชีวิต ฯลฯ 2) ตัวกระตุ้นความเครียด (Stressors) ซึ่งเป็นปัญหาและสามารถที่จะป้องกันความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้ โดยตัวกระตุ้นความเครียดเป็นทั้งขั้นปฐมภูมิ (Primary stressors) และทุติยภูมิ (Secondary stressors) 3) ตัวจัดการ (Mediator) เป็นตัวแปรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงถึงความแข็งแกร่งหรือส่งผลกระทบต่อตัวกระตุ้นความเครียด และ 4) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้แก่ ความเครียดในการดูแลหรือภาระในการดูแล (Pearlin et al, 1990)

โดยสรุป ตามแนวคิดของเพอร์ลินพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการดูแล คือปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยทางสังคม โดยมีตัวกระตุ้นความเครียด ตัวจัดการความเครียดและผลลัพธ์ที่ตามมา โดยปัจจัยหลักที่ต้องพิจารณาที่มีผลต่อความเครียดในการดูแลมีอยู่ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลและปัจจัยด้านผู้สูงอายุ (ชาลินี สุวรรณยศ, 2561) ซึ่งตามแนวคิดของเพอร์ลิน ปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัยอยู่ในส่วนของปัจจัยตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด (Stressors)

การศึกษาครั้งนี้เน้นการจัดกิจกรรมที่ลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการดูแลทั้งปัจจัยด้านผู้ดูแลและปัจจัยด้านผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมได้คำนึงถึงการดูแลในรูปแบบและเวลาที่เหมาะสม ใช้วิธีการที่สื่อให้เห็นถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยใจและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีการส่งเสริมการดูแลให้แก่ผู้ดูแลให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยวิธีการที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ซึ่งเป็นหลักปรัชญาในการดูแลด้วยความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแล มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเครียดในการดูแล ซึ่งองค์ประกอบของแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

**1) การมองสบตา (Eye contact)** คือ การติดต่อสื่อสารผ่านทางสายตาเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึก แสดงถึงความเคารพ ความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการดูแล สร้างความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในการดูแล (กนกวรรณ ติลกสกุลและคณะ, 2544; ชุมพล ผลประมุขและสุรวัดน์ จริยาวัฒน์, 2552)

**2) การพูด (Speech)** คือ การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีแก่กันและกัน ทำให้เห็นความรู้สึกของผู้ส่งสารส่งผลไปยังผู้รับสารและเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล (เสาวนีย์ เปรมทอง, 2560)

**3) การสัมผัส (Touch)** คือ การติดต่อสื่อสารด้วยการสัมผัสอย่างอ่อนโยนเพื่อให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสัมผัสก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ผู้สูงอายุจะรับ

รู้สึกถึงความรู้สึกอบอุ่นไว้วางใจมีกำลังใจและไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จึงส่งผลให้ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลงได้ (อินยพันธ์ พุฒิวัดฒนธราดล, 2560)

**4) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality)** คือ การให้ผู้สูงอายุลุกนั่งในแนวตรงเพื่อให้เกิดความสบาย สร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด การจัดทำทางให้มีการขยับตัว ลุกนั่ง โดยท่าที่อยู่ในแนวตรงจะเพิ่มประสิทธิภาพของระบบไหลเวียนและระบบหายใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเองก่อให้เกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้นและยังเป็นการส่งเสริมการมองเห็นและการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลจะส่งผลต่อการลดความเครียด ดังนี้

#### 1. ลดพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออกไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมกระวนกระวาย

พฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล พฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ ต่อต้านในการดูแล ซึ่งการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ให้การดูแลโดยกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและส่งไปที่เปลือกสมองแปลออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นนั้นๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่ผู้ดูแลมอบให้ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงพร้อมที่จะได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ช่วยลดพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสม (อินยพันธ์ พุฒิวัดฒนธราดล, 2560) เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ทำให้การดูแลของผู้ดูแลง่ายขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถลดภาวะความเครียดในการดูแลจากพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Ito & Honda, 2015)

#### 2. ลดความเครียดในตัวผู้ดูแล จากการใช้ผู้ดูแลขาดความรู้หรือมีข้อจำกัดในเรื่องเทคนิคการดูแลหรือการดูแลกลุ่มที่ยากลำบากในการดูแล โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

นี้ มีการเพิ่มเติมในเรื่องการเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ก็จะสามารถลดความเครียดในการดูแลลงได้ หากผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลทำให้เกิดการลองผิดลองถูกและอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลได้ (วรวิระ ลุวิระ, 2556)

ทั้งนี้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) โดยองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ต้องใช้ปฏิบัติร่วมกัน จะใช้เพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไม่ได้ ต้องมีอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไปในแต่ละกิจกรรม การดูแลที่ไม่ต่อเนื่องส่งผลให้การดูแลเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพและไม่มี ความต่อเนื่องในการดูแล

ดังนั้นการนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาประยุกต์เป็นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล โดยให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความอบอุ่นใจ รับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้ความร่วมมือในการดูแล (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล, 2560) ส่งผลให้ผู้ดูแลดูแลได้ง่ายขึ้นและความเครียดในการดูแลลดลง

### สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลเป็นการศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง (Polit & Beck, 2004) วัดห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน

**ประชากร** คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ทั้งเพศชายและเพศหญิง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 18 คน อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อยไปจนถึงระดับมาก ประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล ฉบับแปลภาษาไทย โดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ซึ่งพัฒนาโดย ซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป ทำงานอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี และผู้ดูแลผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่

1. ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
3. พฤติกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด
4. กิจกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความเครียดในการดูแล (stress of caregivers)** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึก เป็นปัญหาหรือเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบของการดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุที่เกิด จากงานและกิจกรรมการดูแลโดยตรง (Pearlin et al, 1990) โดยประเมินความเครียดในการดูแลได้จาก แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลซึ่งพัฒนาโดย ซาริท และซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปล เป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาตุษฎี พูลศิริ และคณะ (2554)

**โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude care program)** หมายถึง กิจกรรมการให้การดูแลโดยให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ดูแลด้วยความรัก และ ความเข้าใจ เพื่อช่วยลดพฤติกรรมและการต่อต้านการรักษาหรือการดูแลส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้นและ เป็นผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแลลงได้ โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) ซึ่งเป็นหลักปรัชญาในการดูแลด้วยความเข้าใจใน ความเป็นมนุษย์โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ที่ดี โดยแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการดูแลโดยนำหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) **การสบตา (Eye contact)** คือ การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกผ่านทาง สายตา ด้วยสายตาที่แสดงความรัก ความห่วงใย การส่งสายตามองด้วยความอบอุ่นอ่อนโยน มีสีหน้ายิ้มแย้ม

2) **การพูด (Speech)** คือ การสื่อสารด้วยคำพูด ใช้โทนเสียงต่ำมีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล ปลอดภัย ใช้ถ้อยคำเชิงบวก กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก

3) **การสัมผัส (Touch)** คือ การสื่อสารทางกายเพื่อถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส โดยสัมผัสด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน เป็นการแสดงให้เห็นถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ห่วงใย ทำให้เกิดความอบอุ่น

4) **การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality)** คือ การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ลุกขึ้นนั่ง ยืน เดิน การเคลื่อนย้ายหรือจัดท่าให้อยู่ในแนวตั้งตรง ช่วยกระตุ้นการทำงานสมองและรับรู้ถึงการมีตัวตน และคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์

โดยแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการดูแลโดยนำหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการ ให้การดูแลซึ่งโดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่

**กิจกรรมครั้งที่ 1 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที)** สร้างปฏิสัมพันธ์และ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ และสอนการให้กิจกรรมการดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กิจกรรมการป้อนอาหาร 2) การ

ป้องกันอาการ 3) กิจกรรมการให้อาหารทางสายยาง และ 4) กิจกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปาก โดยฝึกปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรมกรรมการให้การดูแลของผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อ ประเมินความเครียดในการดูแลและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

**กิจกรรมครั้งที่ 2 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 120 นาที)** กิจกรรมการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในภาพรวมและให้ความรู้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กิจกรรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง และ 2) กิจกรรมการป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในผู้สูงอายุ ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยสาธิตการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง โดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ ทำการจับคู่ สังเกตพฤติกรรมกรรมการให้การ ดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลแบบ ประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมครั้งที่ 3 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 120 นาที)** กิจกรรมการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับ ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการนำเทคนิคฮิวแมนนิจูดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ สอนการดูแลผู้ป่วยระยะสัปดาห์ผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติสอนการปฏิบัติในส่วนที่ ผู้ดูแลไม่เข้าใจ เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมครั้งที่ 4 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 120 นาที)** กิจกรรมการเรียนรู้และ ฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยเทคนิคการ “การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง” แบบฮิวแมนนิจูด กับผู้สูงอายุและให้ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลได้ ได้แก่ กิจกรรม การอาบน้ำบนเตียงช่วยจัดสิ่งสกปรกจากผิวหนัง โดยผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติ สอนการปฏิบัติ ในส่วนที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดใน การดูแล

**กิจกรรมครั้งที่ 5 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 120 นาที)** การเรียนรู้และ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและประยุกต์ใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยให้ความรู้เรื่องเทคนิคการ รับมือกับผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุไม่ยอมนอนในเวลากลางคืนและ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว ฯลฯ และทบทวนการดูแลผู้สูงอายุตามแบบฮิวแมนนิจูดผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ การสาธิตการดูแลและให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง สังเกตวิธีการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยจะ ประเมินผลการฝึกปฏิบัติ เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียด ในการดูแลและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

**กิจกรรมครั้งที่ 6 (หลังดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที)** เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแลและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

**ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude care knowledge)** หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดผ่านเทคนิคการนำองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรงที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูด

**ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)** หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลและส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงให้การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้ และได้รับค่าตอบแทนในการประกอบอาชีพจากการให้บริการ

**พฤติกรรมดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude care behavior)** หมายถึง พฤติกรรมดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดขณะให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้องค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรงในการดูแลผู้สูงอายุ

**กิจกรรมดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude care Activity)** หมายถึง ขั้นตอนการให้กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งขณะให้กิจกรรมผู้ดูแลต้องใช้หลักการฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานกับการดูแลตลอดการให้กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการป้อนอาหาร 2) การป้องกันการสำลัก 3) กิจกรรมการให้อาหารทางสายยาง 4) กิจกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปาก 5) กิจกรรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง 6) กิจกรรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับในผู้สูงอายุ 7) กิจกรรมการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ผู้สูงอายุ และ 8) กิจกรรมการอาบน้ำช่วยจัดสิ่งสกปรกจากผิวหนัง

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด รวมถึงมีวิธีการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุได้ เพื่อลดภาวะเครียดในการดูแลผู้สูงอายุจากการไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล

2. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้แก่ผู้ดูแลในการนำมาดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดความเครียดในการดูแล

3. ด้านการวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและผู้ดูแลนำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปจัดกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุรวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ดูแลต้นแบบ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อให้การดำเนินการมีความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสารวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปสาระสำคัญโดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
  - 1.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
  - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
  - 1.4 การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว (Long - term care)
2. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย
  - 2.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดำเนินการโดยภาครัฐ
    - 2.1.1 กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.)
    - 2.1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
  - 2.2 สถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน
    - 2.2.1 สถานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเดย์แคร์ (Day care)
    - 2.2.2 สถานบริการดูแลระยะยาว (Long stay)
    - 2.2.3 ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Residential home)
    - 2.2.4 ธุรกิจบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)
    - 2.2.5 สถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
  - 3.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
  - 3.2 ประเภทของผู้ดูแล
  - 3.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
4. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
  - 4.1 ความหมายของความเครียด
  - 4.2 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin
  - 4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล
  - 4.4 เครื่องมือที่ใช้วัดความเครียดในการดูแล



5. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
  - 5.1 ความเป็นมาของแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
  - 5.2 ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
  - 5.3 องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด
  - 5.4 เทคนิคของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
6. โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย



## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (2015) ให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุหกสิบปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายหรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (WHO, 2015)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่างๆ ทำงานได้ลดลงส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2553) ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ (The Elderly) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งถือเกณฑ์ของที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งโลก (World Assembly on Aging) (อัมภัสสา พาณิชชอบ, 2546)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old) คือ อายุ 60-69 ปี 2) วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) คือ อายุ 70-79 ปี และ 3) วัยสูงอายุตอนปลาย (Old-old) คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้การเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่างๆ ทำงานได้ลดลงส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง

### 1.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและตอบสนองต่อการรักษาได้ช้า มักเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ดังนั้น การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสามารถอธิบายได้ตามระบบ (บรรลุ ศิริพานิช, 2548; วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ, 2560) สรุปได้ตามระบบ ดังนี้

**1.2.1 ระบบโครงร่างและผิวหนัง** การเปลี่ยนแปลงระบบโครงร่างและผิวหนังในวัยสูงอายุพบว่า ในระบบโครงร่าง ผู้สูงอายุจะหลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ส่วนสูงลดลง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน ข้อต่อระหว่างบริเวณกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลังบางลง ในระบบผิวหนังผู้สูงอายุจะมีรอยย่นบนใบหน้า ซึ่งเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ หนังกำพืด จะมีความชื้นลดลง ผิวหนังบางลง ความ

เหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น ไขมันใต้ผิวหนัง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี การดูดซึมสารต่างๆ ของผิวหนังลดลงและต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น ต่อมเหงื่อออกน้อยลง ต่อมกัลลินลดลงทำให้กัลลินตัวลดลง ต่อมไขมันโตแต่หลังน้ำมันออกน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีผิวแห้ง

**1.2.2 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก** การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุ พบว่า อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้างเซลล์กระดูก กระดูกมีการสลายแคลเซียมมากขึ้น กระดูกสันหลังค่อมมากขึ้นทำให้หลังค่อม บริเวณข้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและส่วนประกอบกระดูกบริเวณข้อต่าง ๆ บางลงเสื่อมมากขึ้น น้ำไขข้อลดลงเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อมากขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดตามข้อและขาดโพแทสเซียม (Potassium) ในกล้ามเนื้อ ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อน้อยลง เนื่องจากปริมาณเลือดไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลงส่งผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่างๆ ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้น้อยลง

**1.2.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด** การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ โดยหัวใจจะมีขนาดใหญ่ขึ้น มวลของหัวใจจะเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะมีการแข็งตัว ความแรงในการบีบตัวจะลดลง ส่วนการเปลี่ยนแปลงของลิ้นหัวใจคือจะมีการหนาและแข็งตัวของลิ้นเอออร์ติก (Aortic valve) และลิ้นไมตรัล (Mitral valve) ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมัน การสลายของคอเลสเตอรอล และการเกาะของแคลเซียม การเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดเกิดจากการมีการสะสมของไขมันอะมัยลอยด์ (Amyloid) เบสอิลิก (Basophilic) แคลเซียม สารคอเลสเตอรอล โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในชั้นของอินทิมา (Intima) และมีเดีย (Media) ทำให้ขนาดของท่อหลอดเลือด (lumen) เล็กลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะหายไป ส่วนการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่หัวใจนั้น พบว่ามีการบิดเบี้ยว คดเคี้ยว และการขยายตัวมากขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะเพิ่มขึ้นและมีการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Coronary collateral vessels) มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของหัวใจจากการสูงอายุ ได้แก่ การเต้นของหัวใจ ปริมาณเลือดก่อนเข้าสู่หัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที และความแรงในการบีบตัวของหัวใจในผู้สูงอายุ อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจจะลดลงและช้ากว่าในคนหนุ่มสาว ส่วนการเปลี่ยนแปลงในปริมาณเลือดก่อนเข้าสู่หัวใจลดลงเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ ความสามารถในการขยายตัวของห้องหัวใจกลางขวาและความนานของระยะพักหัวใจ

**1.2.4 ระบบหายใจ** การเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีถุงลมแบนและบางลง ความยืดหยุ่นหรือการขยายตัวลดลง ผนังของถุงลมจะโป่งพอง ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าออกในแต่ละครั้ง (Tidal volume) ลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงมีประสิทธิภาพน้อยลง ผลทั้งหมดจึงทำให้ Tidal

volume ลดลง ผู้สูงอายุจึงชดเชยด้วยการหายใจเร็วขึ้นและเป็นแบบหายใจตื้นๆ ปริมาณที่หายใจออกเต็มที่ภายหลังหายใจเต็มที่ (Vital Capacity) จะมีปริมาณลดลงและปริมาณอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกธรรมดา (Functional Residual Capacity) เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดเมื่อมีความเปลี่ยนแปลงของความดันจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน ทำให้การกระจายอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอเกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ เนื่องจากการเสื่อมสมรรถภาพของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมและเลือด

**1.2.5 ระบบประสาทรับความรู้สึก** การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทรับความรู้สึก พบว่าผู้สูงอายุจะมีการรับความรู้สึกลดลง การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วยอีกทั้งเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ทำให้ขนาดสมองและน้ำหนักสมองลดน้อยลงและมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) และสารอะมัยลอยด์ (Senile plaques) สะสมที่เนื้อสมองมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงที่พบบ่อย คือ รูม่านตาเล็กลง ตอบสนองต่อแสงและการมองเห็นน้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีความเสี่ยงของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ความเร็วในการส่งกระแสประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลงได้แก่ การเคลื่อนไหวและความคิดช้าลง เกิดอาการหลงลืม ความจำเสื่อม ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินลดลง รวมทั้งระบบการรับรส การรับกลิ่น และการรับสัมผัสทางกายเสื่อมลง

**1.2.6 ระบบต่อมไร้ท่อ** การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อของผู้สูงอายุ พบว่า ต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) มีการเหี่ยวแห้ง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้ฮอร์โมน Dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง ส่งผลให้การสร้างฮอร์โมนเพศมีปริมาณลดลง ได้แก่ Testosterone, Estrogen และ Androgens ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) พบว่าระยะครึ่งชีวิตของฮอร์โมนไทรอกซิน (Thyroxine; T4) ในเลือดเพิ่มขึ้นตามอายุ ตับอ่อนเป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ทำหน้าที่ควบคุมน้ำตาลกลูโคสของร่างกายให้อยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพบว่าเซลล์ตับอ่อนฝ่อลีบลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid hormone) จะเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะระดับเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์ต้านการทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีระดับลดลง

**1.2.7 ระบบทางเดินอาหาร** การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารในวัยสูงอายุ พบว่าเซลล์ในบริเวณหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลงกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง ทำให้อาหารใน

กระเพาะอาหารย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้รู้สึกแสบยอดอก การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารบางลงและเสื่อมหน้าที่เนื่องจากการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ในลำไส้เล็กไม่ดีจึงเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตและไขมันลดลง วิตามินที่ละลายในไขมันดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินดีดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าดูดซึมแคลเซียมน้อยลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ร่วมกับเยื่อบุลำไส้ฝ่อลีบลง มีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้ อาหารผ่านลำไส้ช้าลงทำให้เศษอาหารค้างค้ำนาน เป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลง และการกระหายน้ำน้อยลง เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก บางรายกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่และถ่ายอุจจาระกะปริบกะปรอย

**1.2.8 ระบบทางเดินปัสสาวะ** การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า ไตมีหน่วยกรองลดลงร้อยละ 30-50% และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาสะสมบริเวณเนื้อไตชั้นนอก (Cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อไตชั้นใน (Medulla) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านไตจึงลดลง อัตราการกรองของหน่วยกรอง (Glomerulus) ลดลงและมีขนาดเล็กลง อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลง กล้ามเนื้อหูรูดมีสมรรถภาพลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้

**1.2.9 ระบบสืบพันธุ์** การเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์ พบว่า เพศชายมีลูกอัณฑะขนาดเล็กลง ทำให้การสร้างเชื้ออสุจิและการเคลื่อนไหวของอสุจิลดลง รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเชื้ออสุจิได้ การสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ลดลง ทำให้ต่อมลูกหมากขยายโตขึ้น ถุงเก็บน้ำอสุจิจะมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนเพศหญิง พบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวแบน ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นที่ผิวบางและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังจากช่องคลอดลดลง ปากมดลูกและมดลูกมีขนาดเล็กลง มีไฟบรัส (Fibrous) และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกเสื่อม จำนวนต่อมต่าง ๆ ลดลง มีพังผืดมาแทรกมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง แต่จะมีเยื่อพังผืดมาแทนที่ ประจำเดือนจึงเริ่มขาด รังไข่จะฝ่อเล็กลงและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen)

**1.2.10 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์** ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ซึ่งผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้หลง ๆ ลืม ๆ และชอบย่ำคำถามบ่อย ๆ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง

รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุมักสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

**จะเห็นได้ว่า** วัยสูงอายุจะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้นการเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบอบวิทยาของการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครัวเรือนที่ลดลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้นเช่นกัน (National Health Security Office, 2016) โดยมีผู้ให้ความหมายของภาวะพึ่งพาไว้ ดังนี้

อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง (2560) ให้ความหมายภาวะพึ่งพา หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการให้การพยาบาล บริการด้านสังคม รวมถึงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่ายกิจกรรมงานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

ณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย (2560) ให้ความหมายภาวะพึ่งพา หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุขาดความสามารถเชิงปฏิบัติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตในสังคมด้วยตนเองอย่างอิสระจึงมีความต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน 4 ประการ คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

สรุปความหมาย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ขาดความสามารถเชิงปฏิบัติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตในสังคมด้วยตนเองอย่างอิสระ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน 4 ประการ คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายหรือจากโรคเรื้อรังที่เป็นผลให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแล ส่งเสริม ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

### 1.4 การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว (Long - term care)

ระบบการดูแลระยะยาว จัดเป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การ

ประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ให้ความหมายการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550) ให้ความหมายการดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

โดยสรุป การดูแลระยะยาวเป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีผู้ดูแลหรือมีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่าและมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขภาพจิตอาสาสมัคร การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

## 2. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกันสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนตามลำดับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่า ในปี 2537 ร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 7.7 8.6 และ 8.7 ในปี 2545 2550 2554 และ 2557 ตามลำดับ และผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2560 มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำดับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2560)

จากความต้องการการดูแลในสถานบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ในขณะที่ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เกิดสถานบริการเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำดับ ซึ่งในปัจจุบันระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยไม่พบการจัดบริการสถานดูแลระยะยาวของภาครัฐแต่มีการแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โดยการรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในขณะที่ผู้สูงอายุยังพึ่งพาตนเองได้ ส่วนในภาคเอกชนพบว่า ประเทศไทยมีสถานดูแลระยะยาวครบทุกประเภทโดยส่วนมากเป็นสถานดูแลระยะยาวที่เปิดเป็นตึกในโรงพยาบาลและสถานบริบาล ซึ่งแต่ละที่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (สุธาสิณี ช่วยใจดีและคณะ, 2559) โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้

**2.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดำเนินการโดยภาครัฐ** ซึ่งดำเนินการภายใต้กรมประชาสงเคราะห์ ปัจจุบัน มี 20 แห่ง และแบ่งประเภทได้ 2 ประเภทได้แก่ **ประเภทสามัญ:** ผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายประเภทหอพักหรือผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายเดือน และ **ประเภทพิเศษ:** ผู้สูงอายุต้องสามารถปลุกบ้านอยู่เองตามแบบแปลนที่ในที่ดินของสถานสงเคราะห์ โดยสถานสงเคราะห์คนชราที่ดำเนินการโดยรัฐบาล ได้แก่

**2.1.1 กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.)** เป็นส่วนราชการมีฐานะเป็นกรมในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2558 ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 ซึ่งมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ โดยการเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการด้านมาตรการ กลไก องค์ความรู้และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน การส่งเสริมและสนับสนุนในเชิงวิชาการและการปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมายภายใต้การบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนหลักในการดำเนินงานในรูปแบบ “หุ้นส่วนในงานพัฒนาผู้สูงอายุ” ตลอดจนการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุในกำกับทั้งสิ้น 12 ศูนย์ โดยศูนย์ที่ถือว่าเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และพัฒนาแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร (ศูนย์



ต้นแบบ) เพื่อความมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสริมสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ คือ

**2.1.1.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค** ซึ่งเดิมใช้ชื่อว่า สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2496 ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี การจัดตั้งสถานสงเคราะห์แห่งนี้นับเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งแรกของประเทศไทยเพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐ โดยเริ่มเปิดดำเนินการในสมัยของนายปกรณ อังศุสิงห์ เป็นอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ จนกระทั่งเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2546 บ้านบางแค ได้ปรับบทบาทจากหน่วยงานปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ มาเป็นงานส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2548 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2562) ปัจจุบันในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ยังสุขภาพดีช่วยเหลือตัวเองได้จำนวน 110 คน 2) กลุ่มที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพหรือภาวะพึ่งพิง จำนวน 40 คน และ 3) กลุ่มเจ็บป่วย นอนติดเตียงจำนวน 84 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**1) วัตถุประสงค์** เพื่อเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและเป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน

**2) วิสัยทัศน์** เป็นผู้นำด้านการให้บริการและเป็นต้นแบบศูนย์การเรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุและสวัสดิการสังคมอย่างมีมาตรฐาน

**3) พันธกิจ** ส่งเสริมการให้บริการและการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงเป็นต้นแบบศูนย์การเรียนรู้ ด้านการดูแลและสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับระดับประเทศหรือระดับสากล มีการบูรณาการ การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอก รมรณรงค์เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและพัฒนาบุคลากรให้มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ

#### **4) ประเภทของผู้รับบริการ**

**4.1 ประเภทสามัญ** ให้การอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุโดยไม่ต้องเสียค่าบริการใดๆ ทั้งสิ้น ปัจจุบันมีเรือนพักสามัญจำนวน 5 หลัง คือ อาคารสุขสันต์ อาคารพิบูลสุข อาคารมหาดไทย อาคารโสมสวัสดิและอาคารสวัสดิผล

**4.2 ประเภทเสียค่าบริการแบบหอพัก** แบ่งออกเป็นห้องเดี่ยว เสียค่าบริการคนละ 1,500 บาท ต่อเดือนและห้องคู่เดือนละ 2,000 บาท

**4.3 ประเภทพิเศษ (บังกะโล)** ผู้สูงอายุสามารถปลูกบ้านอยู่เองตามแบบแปลนที่กำหนดในที่ดินของบ้านบางแคโดยผู้ปลูกสร้างสามารถพักอาศัยอยู่ได้จนถึงแก่กรรมและต้องยกกรรมสิทธิ์ให้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

**5) การบริการ** การบริการของสถานสงเคราะห์คนชราที่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อบรรเทาความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะการให้บริการของสถานสงเคราะห์คนชราได้แก่ (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2559)

**5.1 บริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ** โดยจัดให้มีปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อชีวิตเพื่อให้มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจในบั้นปลายชีวิตตามสมควรแก่อัตภาพ

**5.2 บริการทางการแพทย์และอนามัย** ได้แก่

**5.2.1 ด้านการรักษาพยาบาล** ได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์โดยอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการตรวจร่างกายและประเมินอาการเจ็บป่วย ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ทำความสะอาดแผล ในกรณีที่เจ็บป่วยเฉพาะโรค หรือประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลรวมถึงการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี

**5.2.2 ด้านการอนามัย** ได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาล อาสาสมัครจากโรงพยาบาลต่าง ๆ มาให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ การสุขาภิบาล การทำความสะอาดที่พักอาศัย การจัดเตียงแผลง เป็นต้น

**5.2.3 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ** ได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่ จัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรงโดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในกลุ่มกิจกรรมบำบัด ให้การช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบนเตียง รวมถึงการแก้ไขปัญหในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

**5.2.4 บริการด้านกายภาพบำบัด** ได้จัดให้มีนักกายภาพบำบัด เน้นหลักการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย

**5.2.5 บริการด้านอาชีพบำบัด** ได้จัดให้มีครูผู้ฝึกอาชีพชำนาญงาน ฝึกสอนงานประดิษฐ์ต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ จัดทำเป็นรูปแบบผลิตภัณฑ์เพื่อจำหน่ายให้กับผู้ที่สนใจ ส่งเสริมสนับสนุนงานฝีมือผู้สูงอายุ สร้างงานสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุยามว่าง

**5.2.6 บริการด้านสังคมสงเคราะห์** ได้จัดให้มีนักสังคมสงเคราะห์ประจำอาคารพักเพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหาแก่ผู้ใช้บริการ เมื่อประสบปัญหาโดยยึดหลักสังคมสงเคราะห์และมีการจัดทำข้อมูลของผู้ใช้บริการ โดยดำเนินการเยี่ยมบ้าน สอบข้อเท็จจริงจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และบันทึกข้อมูลที่ได้ในรูปแบบเขียนประวัติผู้ใช้บริการด้วยระบบคอมพิวเตอร์

5.2.7 บริการด้านจิตวิทยา ได้จัดให้มีนักจิตวิทยาเพื่อให้คำปรึกษาหรือแก้ไขปัญหา ฟันฟูและปรับสภาพด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการด้านจิตวิทยา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด พร้อมทั้งติดตามประเมินผลตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินสมองเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

5.2.8 บริการนันทนาการ ได้จัดบริการกิจกรรมต่าง ๆ ในวันสำคัญทางสังคมหรือวันหยุดนักขัตฤกษ์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสนุกสนานรื่นเริงตามประเพณี เกิดความเพลิดเพลินและยังได้จัดกิจกรรมนันทนาการที่ส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมวันขึ้นปีใหม่ กิจกรรมวันสงกรานต์ กิจกรรมวันลอยกระทง เป็นต้น

5.2.9 บริการด้านศาสนา ได้จัดบริการภายในอาคารศาลาธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ประเพณีนิยมในวันสำคัญๆ

5.2.10 บริการด้านฌาปนกิจ ได้จัดการศพให้แก่ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมและไม่มีญาติ

## 6) กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### 6.1 ดูแลสุขอนามัยกิจวัตรประจำวัน

6.1.1 ความสะอาดร่างกาย ได้แก่ ดูแลความเรียบร้อยผู้สูงอายุ เตรียมอุปกรณ์อาบน้ำ อาบน้ำผู้สูงอายุ ดูแลความสะอาดร่างกายและการแต่งกาย

6.1.2 ความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม ได้แก่ ล้างผ้าผู้สูงอายุ ส่องผ้าซัก และเก็บผ้า

6.1.3 ความสะอาดห้องพัก ได้แก่ ล้าง ถูห้องผู้สูงอายุ เช็ดเตียง ตากที่นอน หมอนให้บริการเครื่องต้มเข้า แจกขนม นม น้ำ ให้ผู้สูงอายุในอาคาร

### 6.2 ดูแลให้บริการเลี้ยงอาหาร

6.2.1 เตรียมอุปกรณ์เลี้ยงอาหาร (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ ฯลฯ)

6.2.2 เลี้ยงอาหาร 3 มื้อ (ตักอาหาร ยกอาหาร ป้อนอาหาร ฯลฯ)

6.2.3 ให้อาหารผู้สูงอายุที่แพทย์สั่งตามพยาบาลจัดให้ 3 มื้อ

6.2.4 ดูแลความเรียบร้อยในห้องผู้สูงอายุ

### 6.3 ให้บริการด้านสุขภาพและฟันฟู

6.3.1 ดูแลพาไปรับบริการฟันฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ ตามโปรแกรม

6.3.2 พาผู้สูงอายุไปทำกายภาพ ช่วยเจ้าหน้าที่ฟันฟู ผู้สูงอายุ

6.3.3 พาให้รับบริการพบแพทย์ด้านการรักษาในหน่วยงานโรงพยาบาล

6.3.4 สังเกตอาการผิดปกติผู้สูงอายุ แจ้งอาการผิดปกติให้ผู้เกี่ยวข้อง

## 6.4 ให้บริการกิจกรรมพบกลุ่มในอาคาร กิจกรรมสันทนาการภายในและภายนอก

6.4.1 ทำกิจกรรมฟื้นฟูฯ ประจำวันในอาคารตามกำหนด

6.4.2 บริการอาหารว่างแก่ผู้สูงอายุ

6.4.3 พาร์รับบริการ กิจกรรมสันทนาการภายในและภายนอก

6.4.5 ให้บริการด้านความปลอดภัย

6.4.6 ปฏิบัติงานมอบหมาย แทนภารโรงวันหยุด เช่น เชื้อรถอาหาร ล้าง

ลาด ภูพื้น

โดยทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค มีผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีหน้าที่ดูแลหลักเหมือนกัน แต่จะให้ผู้ดูแลเพศชายดูแลผู้สูงอายุเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิง จะให้การดูแลผู้สูงอายุเพศหญิง โดยทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค คำนึงถึงสิทธิของผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีการหมุนเวียนเข้าไปดูแลหอพักชายเพื่อดูเรื่องความเรียบร้อยต่างๆและผู้ดูแลเพศชายจะดูเรื่องสิ่งแวดล้อม และอื่นๆ นอกหอพัก

### 7) การอบรมที่ผู้ดูแลได้รับ

ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแคส่วนใหญ่ต้องผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข หลังการฝึกอบรมจะมีหนังสือรับรองการผ่านการฝึกจากสถาบัน โดยในการอบรมผู้ดูแลจะได้รับความรู้ในเรื่องของความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การใส่ยาในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญและบทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแล

### 2.1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

บทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้ง ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุร่วมจัดทำแผนงาน/

โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่และร่วมกำกับติดตามและประเมินผล

## 2.2 สถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน

จากข้อมูลของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ พบว่า รูปแบบและขอบเขตการให้บริการของธุรกิจดูแลผู้สูงอายุมีหลากหลาย โดยกรมพัฒนาธุรกิจการค้าได้จำแนกลักษณะกิจกรรมของธุรกิจดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 6 รูปแบบ (อุไรรัตน์ จันทศิริ, 2562) ดังนี้

**2.2.1 สถานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเดย์แคร์ (Day care)** คือ สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเย็นกลับ

**2.2.2 สถานบริการดูแลระยะยาว (Long stay)** คือ สถานดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมบริการพักค้างคืน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันพร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานบริบาลสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

**2.2.3 ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home)** คือ การบริการผู้สูงอายุหรือผู้ที่เตรียมเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เป็นการเช่าซื้อบ้านหรือห้องพักในระยะยาว โดยมากเป็นระยะเวลา 30 ปี หรืออยู่อาศัยจนสิ้นอายุขัย แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นเมื่อเสียชีวิต

**2.2.4 ธุรกิจบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care)** คือ เป็นบริการหนึ่ง ที่ทางบริษัทในเครือของโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุเปิดขึ้นเพื่อจัดส่งผู้เรียนที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ธุรกิจประเภทนี้พบว่ามีเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นธุรกิจที่มีการลงทุนน้อยและมีการบริหารจัดการที่ไม่ซับซ้อน

**2.2.5 สถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** คือ การให้บริการตรวจสุขภาพและคำแนะนำในการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลสุขภาพ อาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

ในขณะที่สถานดูแลผู้สูงอายุทั้งของรัฐและเอกชนยังมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถรองรับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นได้ สิ่งที่ภาครัฐควรมีเสริมจากการให้ความรู้รูปแบบต่างๆ ในปัจจุบันคือ การกำกับและควบคุมคุณภาพการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยคุ้มครองความเสี่ยงให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวให้สามารถจัดการความเสี่ยงของวัยสูงอายุได้

การดูแลระยะยาวถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเปราะบางจากการมีอายุสูงขึ้นมีจำนวนมากขึ้น ถึงแม้การดูแลในชุมชนจะเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการทำให้การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการก็ยังคงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลางถึงมาก แต่ขาดคนดูแลหรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไป เนื่องจากต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ และต้องการการดูแลระยะยาว นอกจากนี้

ในสถานดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดซึ่งเป็นบุคลากรที่ขับเคลื่อนให้แก่สถานดูแลผู้สูงอายุให้สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

#### 3.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Pearlin และคณะ (1990) ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไว้ว่า ผู้ที่คอยช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเป็นเพื่อนที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน คอยให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

โฮเร็ม (Orem , 1991 อ้างใน กิริติญา ไทยอยู่ 2558:30) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล ว่าเป็นผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยมีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ให้การพึ่งพาหรือผู้ดูแลอาจได้แก่ ภรรยาของสามีผู้พิการ มารดาของเด็กทารกและเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลแล้วผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ ผู้ที่ถูกฝึกมาเพื่อประกอบอาชีพให้การดูแลและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งลักษณะการดูแลของบุคคลทั้งสามกลุ่มนี้ มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านบทบาท หน้าที่ ทักษะและความสามารถในการดูแล ตลอดจนความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

กิริติ กิจธีระวุฒิมวงษและคณะ (2561) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าผู้ที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลแต่ผู้ดูแลหลักอย่างเป็นทางการจะได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล

สรุป ผู้ดูแลคือผู้ที่ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

#### 3.2 ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลักอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) (Bell & Gibbons, 1989; Morris & Thomas, 2002; Parker, 1992) โดยพิจารณาจากการได้รับค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับผู้ที่ได้รับการดูแลและการอบรม อธิบายได้ดังนี้

3.2.1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกหรือได้รับการอบรมสำหรับการดูแล โดยไม่ได้เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล ผู้ดูแลรับจ้างดูแลผู้ป่วยตามบ้าน ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลหรือศูนย์บริการ

ผู้ป่วย ที่ผ่านการอบรมแบบวิชาชีพหรือบุคลากรกึ่งวิชาชีพเป็นต้น ซึ่งอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทน ที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

**3.2.2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver)** หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน มีหน้าที่ในการดูแลจัดการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นประจำ โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแลเป็นการดูแลที่เกิดจากความผูกพัน หน้าที่หรือเกิดจากแรงจูงใจในการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการดูแลมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (Parker, 1992)

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ได้จำแนกผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะตามระดับของความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการให้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

**1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลในเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นชั่วโมงต่อวันสูงสุดหรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแลทำหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำทำความสะอาด ดูแลสุขภาพส่วนตัว ดูแลเรื่องการรับประทาน โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

**2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** คือบุคคลอื่นที่อยู่ในข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นซึ่งไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงแต่อาจให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว โดยมีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ฉมววรรณ สีนาค (2560) ได้จำแนกผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

**1. ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal care/caregiver)** หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานบริการพยาบาลหรือกลุ่มองค์กรที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทนซึ่งอาจเป็นแพทย์พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ช่วยเหลือการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

**2. ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (Informal care/caregiver)** หมายถึง กลุ่มผู้ในการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการอบรมมาก่อนและไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหน้าที่ ซึ่งผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และในการดูแลอาจมีผู้มีส่วนร่วมหลายคน โดยแบ่งผู้ดูแลแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ **ดังตารางที่ 1**

**ตารางที่ 1** การแบ่งประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

หลักการ	ผู้ดูแลที่เป็นทางการ	ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ
ค่าตอบแทน	- ได้รับค่าตอบแทน สามารถประกอบ เป็นอาชีพ	- ไม่ได้รับ/ได้รับน้อย ไม่ใช่รายได้หลัก
ความสัมพันธ์กับผู้ ได้รับการดูแล	- มีความสัมพันธ์แต่ไม่ใกล้ชิด/ไม่มี	- มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ได้รับการ ดูแล
การอบรม	- ศึกษาเป็นวิชาชีพ ให้การดูแลทุกช่วง ชีวิต ตามบทบาทของวิชาชีพ  - อบรมหลักสูตรระยะสั้นและ ประกอบอาชีพได้	- อบรมระยะสั้น/ไม่ได้รับการดูแล
ตัวอย่างของผู้ดูแล	- ศึกษาเป็นวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักสังคม สงเคราะห์ นักกายภาพ นักวิชาการ สาธารณสุข เป็นต้น  - อบรมเพื่อประกอบวิชาชีพ ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล เป็น ต้น	- คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ  - อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน  - อาสาสมัครครอบครัว  - ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ  - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือผู้ดูแลอย่างเป็นทางการที่ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทน สามารถประกอบเป็นอาชีพได้และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการโดยส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ได้รับการดูแล ในปัจจุบันได้มีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการเพิ่มมากขึ้นจากการฝึกอบรมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องการได้รับการดูแล โดยผู้ดูแลเหล่านี้จะทำงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพ สถาบันดูแลผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาล

### 3.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

Department of social Change and Mental Health, WHO (2000) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

**3.3.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological problem)** ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ได้แก่



**3.3.1.1 ความรู้สึกผิด (Guilt)** บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

**3.3.1.2 ความโกรธ (Guilt)** ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลหรือโอรสสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

**3.3.1.3 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment)** ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากจะมีปัญหาด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้เกิดความอับอายได้

**3.3.1.4 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely)** ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

**3.3.1.5 ความรู้สึกเครียด (Stress and Strain)** จากภาวะโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุมีผลต่อการร่วมมือในการดูแล รวมถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้การดูแลยากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด กัดดัน ท้อแท้ เบื่อหน่าย ในการดูแล

### 3.3.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem)

**3.3.2.1 ปวดหลัง (Backache)** ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเองและปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าที่ผู้ดูแลรับไว้หนักนั้นหนักขึ้นเรื่อยๆ และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภะนั้น

**3.3.2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness)** ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โมโหง่ายส่งผลกระทบต่อให้การดูแลโดยตรง

**3.3.2.3 ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem)** ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น

#### 4. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

##### 4.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียด หมายถึง ความเครียดจากการดูแลเกี่ยวกับภาระในการดูแลซึ่งเป็นผลจากการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม (Zarit, 1990)

ความเครียดในการดูแล หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึกเป็นปัญหาหรือเป็นภาระจากการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลกระทบทางลบของการดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลโดยตรง (Pearlin , 1990)

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายจิตใจความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2541)

ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตกับปัจจัย ภายในของบุคคล เช่น ทักษะคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีตตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

ความเครียด หมายถึง คือภาวะของร่างกายและจิตใจที่มีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทำให้บุคคลมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของตนเอง (รายงานการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง, 2555)

สรุปได้ว่า ความเครียดในการดูแล หมายถึง ภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการกระทำบทบาทในการให้การดูแล ซึ่งมีปัจจัยหลัก ปัจจัยรองและแนวคิดภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในร่างกาย และก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายจิตใจของผู้ดูแลตามมา

##### 4.2 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990 อ้างใน เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559)

Pearlin et al. (1990) ได้กล่าวว่า รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ของความเครียดของผู้ดูแลที่มีความรุนแรงและทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ซึมเศร้าโดยภาระการดูแลของผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ

เวลานาน เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมา เพื่ออธิบายกระบวนการเกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง Pearlin et al.(1990) กล่าวว่า กระบวนการเกิดความเครียดของผู้ดูแลมีลักษณะเป็นพลวัตร ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) ปัจจัยที่สองเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressors) ปัจจัยที่สามตัวแปรคั่นกลางของความเครียด (Mediators) และปัจจัยสุดท้าย ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่อง และเป็นพลวัตรและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**4.2.1 ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables)** เป็นข้อมูลพื้นฐานโดยทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะของครอบครัวและเครือข่ายลักษณะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลลักษณะความเป็นอยู่โดยทั่วไปและแหล่งประโยชน์ทางด้านต่างๆ ของครอบครัว เป็นต้น

**4.2.2 สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด (Stressors)** แบ่งตามลักษณะของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็น 2 ระดับ ได้แก่

**4.2.2.1 สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ (Primary stressors)** หมายถึง สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายในตนเอง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ทางด้านอัตนัย (Objective indicators) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล การสูญเสียการทำหน้าที่ของผู้ป่วยระดับของความรุนแรงของโรค ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมอง ความคิดการทำหน้าที่และพฤติกรรม ภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดูแล ส่วนตัวบ่งชี้ทางด้านปรนัย (Subjective indicators) ได้แก่ ภาระการดูแลที่หนักอึ้งหรือการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การมีคนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะกดดันหรือผลักดันให้ผู้ดูแลเกิดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors)

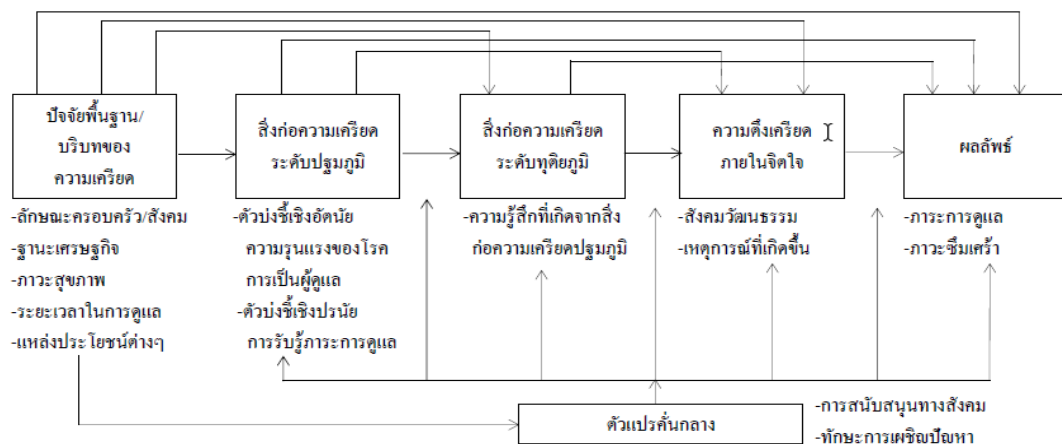
**4.2.2.2 สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors)** ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดอื่นๆ ที่เป็นผลมาจากความรู้สึกกดดันที่เป็นผลมาจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความตึงเครียดในบทบาท (Role strains) ส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือความพยายามที่จะรักษาสมดุลระหว่างการประกอบอาชีพกับภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและความตึงเครียดภายในจิตใจ (Intrapsychic strains) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ดูแลได้แก่ ความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง การสูญเสียความเป็นตัวเอง และความสามารถในการทำบทบาทของตนเอง เป็นต้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีลักษณะของสภาพจิตใจที่เข้มแข็งก็จะมีความรู้สึกกดดันหรือตึงเครียดภายในจิตใจที่ลดลง

**4.2.3 ตัวแปรคั่นกลาง (Mediators)** ได้แก่ ทักษะการเผชิญกับปัญหา (Coping skills) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางในกระบวนการเกิดความเครียดและมีหลากหลายระดับ โดยถ้าผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญปัญหาหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะช่วยทำให้ประสบการณ์ความเครียดนั้นลดลง แต่ถ้าผู้ดูแลขาดทักษะในการเผชิญปัญหาหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้กระบวนการเกิดความเครียดนั้นรุนแรงมากยิ่งขึ้น

**4.2.4 ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or of stress)** เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเกิดความเครียดในผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะการดูแล เป็นต้น

โดยสามารถแบ่งสิ่งที่ก่อความเครียดได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ปัจจัยภายในตัวผู้ดูแลเอง ซึ่งตัวบ่งชี้สามารถแยกออกเป็น 2 ด้านดังนี้ **ตัวบ่งชี้ด้านอัตนัย** เป็นผลมาจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุจากภาวะโรค ความรุนแรงของโรค ที่เกิดทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและผู้สูงอายุมิพพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการดูแล ส่วน**ตัวบ่งชี้ด้านปรนัย**เป็นผลมาจากการที่ภาระการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความเครียดในระดับทุติยภูมิก็เป็นผลต่อเนื่องมาจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ เกิดเป็นความตึงเครียดขึ้น แต่ถ้าผู้ดูแลมีสิ่งที่จะช่วยลดความรุนแรงจากความเครียดลงได้หรือหากผู้ดูแลสามารถลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับปฐมภูมิได้ก็จะไม่เกิดความเครียดหรือระดับความเครียดลดลง โดยจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังที่กล่าวมามีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันเป็นพลวัตร แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlman

(Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990)

### 4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยทบทวนในกลุ่มผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) โดยได้รับคำตอบแทนในการประกอบอาชีพจากการให้บริการในสถานดูแลระยะยาว (Long-Term Care) เช่น สถานะบริหาร สถานะสงเคราะห์คนชรา ฯลฯ เท่านั้น โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล แบ่งปัจจัยเป็น 2 ด้านหลักได้แก่

**4.3.1 ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ** พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุส่งผลต่อความเครียดต่อผู้ดูแลในระดับสูงจากการที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล การต่อต้านการดูแล ส่งผลให้เวลาที่ใช้ในการดูแลการทำแต่ละกิจกรรมต้องใช้เวลายาวนานขึ้น การให้การดูแลยากขึ้นและส่งผลต่อการจัดสรรกิจกรรมอื่นๆด้วย (ศศิวิมล คงเมือง, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ (2544) พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลมาจากปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และยังพบว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติมีความเครียดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ

**4.3.2 ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล** พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะโรคที่เป็นส่วนส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดเกิดขึ้น (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วริศรา ลุวิระ (2556) พบว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการดูแลทำให้เกิดการลองผิดลองถูกและอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ เช่น ขาดความรู้เรื่องโรค วิธีการดูแล การจัดการพฤติกรรมต่างๆ และเทคนิคในการดูแล ดังนั้นการเรียนรู้ การมีความรู้และนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุจึงมีประโยชน์อย่างมากทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและลดความเครียดในการดูแลลงได้ (Claudia, 2014)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลเกิดจาก**ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล**ที่มีข้อจำกัดในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแล การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เทคนิคการดูแล วิธีการจัดการพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ดูแลยาก เช่น กลุ่มที่เริ่มมีภาวะพึมพำ ติดเตียง สมองเสื่อม และผู้ดูแลบางคนก็ยังไม่ผ่านการอบรมดูแลผู้สูงอายุจึงมีความเครียดในการดูแลสูงมากและในส่วน**ปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ**เองที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล มีพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ดูแลก็ยังมีภาวะเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลร่วมกับการใช้แนวคิดในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เข้ามาใช้ในการดูแลจะทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล รวมถึงผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลช่วยเพิ่มความคงทนต่อการเผชิญความเครียดและส่งผลให้ภาวะเครียดในการดูแลลดลง (Ito & Honda, 2015)

#### 4.4 เครื่องมือที่ใช้วัดความเครียดในการดูแล

ความเครียดในการดูแล หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึกเป็นปัญหาหรือเป็นภาระจากการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลกระทบทางลบของการดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลโดยตรงและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล (Pearlin et al, 1990) โดย APA (American psychological association, 2005) ได้มีการกล่าวถึงการวัดความเครียดในผู้ดูแลโดยสามารถวัดได้โดย Zarit Burden Interview ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่มีมาตรฐานและมีความแม่นยำสูงในการวัดผลกระทบของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบประเมินที่วัดความเครียดที่มีมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

**4.4.1 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (ฉบับภาษาไทย)** ซึ่งพัฒนาโดย ชัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ของ ซาริท และซาริท (Zarit & Zarit, 1990) เป็นแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่แปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความตึงเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล โดยประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.39 ถึง 0.73

**4.4.2 แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20 (SPST-20))** แบบประเมินความเครียดมาตรฐานที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดระดับความเครียดกับบุคคลทั่วไป โดยใช้กรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพจิตใจและสังคมเป็นแบบประเมินที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยข้อคำถามให้เหลือ 20 ข้อคำถาม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 (กรมสุขภาพจิต, 2559)

**4.4.3 แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของศรีเรศ (Sritares ,2003)** แบบประเมินความเครียดจากบทบาทการดูแล ซึ่งพัฒนามาจากอาร์ชโบลด์ และคณะ (Archbold et al., 1990) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความขัดแย้งในบทบาท ด้านบทบาทไม่ตรงกับความคิดด้านความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้นและด้านความเครียดในบทบาทโดยรวม รวมทั้งหมด 42 ข้อ ได้นำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลไปใช้วัดความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87, 0.88, 0.92, และ 0.88 ตามลำดับ

**4.4.4 แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)** ของโรบินสัน (Robinson, 1983) ฉบับภาษาไทยแปลโดย Oupra (2008) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือ

ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบในการดูแลเป็นแบบเลือกตอบ ว่าใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 13 ข้อ ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยในจังหวัดตรัง จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลซึ่งพัฒนาโดย ซาริท และซาริท (Zarit & Zarit, 1990) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) เพื่อประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากความเครียดในการดูแลคือภาระในการดูแลเนื่องจากผู้ดูแลต้องทุ่มเทเสียสละพลังงานทั้งกายและใจที่สูงมากทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียดในการดูแล รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบ (สาสิณีเทพสุวรรณ, ญัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์และรศรินทร์เกรย์, 2556) โดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข กล่าวการใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและประเมินด้านารุ้คิดและอารมณ์ที่อาจจะทำให้เกิดความเครียดในการดูแล นอกจากนี้แบบวัดยังมีความเหมาะสมกับผู้ดูแล โดยผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแคที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีความพิการต่างๆ หรือมีภาวะติดเตียง ที่ส่งผลให้มีความยากในการดูแลมากกว่ากลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ยังสามารถวัดผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์เชิงญาติ โดยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งด้านความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงภายในสามารถวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ชัดเจนแน่นอน สอดคล้องกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของประเทศไทย

## 5. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

### 5.1 ความเป็นมาของแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

ฮิวแมนนิจูด (Humanitude) คิดค้นขึ้นโดย Freddy Klopfenstein ประมาณปี ค.ศ.1980 ต่อมา Albert Jacquard นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสให้คำนิยาม คำว่า “Humanitude” ไว้ว่า Humanitude คือ ของขวัญที่มนุษย์ได้รับมาตั้งแต่เกิด กล่าวคือ วิวัฒนาการของมนุษย์ที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์อื่นๆ และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจมากที่สุด คือ มนุษย์สามารถเดินด้วยสองเท้าสามารถพูดและสามารถตั้งคำถามและค้นคว้าหาคำตอบได้ (Phaneuf, 2007; Gineste & Marescotti, 2008) หลังจากนั้นในปี ค.ศ.1995 Yves Gineste and Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศส ได้กำหนดแนวคิดนี้เป็นแนวคิดทางปรัชญา (philosophy of humanitude) และนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งได้รับความนิยมนานกว่า 30 ปี (Phaneuf, 2007) ปัจจุบันมีการก่อตั้งเป็นสถาบันฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดภายใต้ชื่อว่า Institute Gineste-Marescotti (IGM) ใน

ประเทศฝรั่งเศสและเผยแพร่ไปยังประเทศต่าง ๆ ได้แก่ แคนาดา สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยียม ลักซัมเบิร์ก เยอรมันนี โปรตุเกส อิตาลี และประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น (Faligant, 2014)

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ การดูแลด้วยความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยใช้ความรัก ความเมตตา โดยการดูแลเอาใจใส่ที่ดีด้วยความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ

## 5.2 ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

ปรัชญาการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง การดูแลบุคคลหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการคิดรู้ ความเข้าใจปัญหา ยึดหลักการให้ความเคารพและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ซึ่งเน้นตัวผู้สูงอายุเป็นสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุกnowsว่าตนเองยังมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล ชุมชนหรือที่บ้านต่างต้องการผู้ดูแลที่พร้อมจะให้การดูแลด้วยความเข้าใจ ความรักความเมตตา (Humaneness) และความอ่อนโยน (Tenderness) เสมอ รวมทั้งส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Self-sufficiency) เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต (Faligant, 2014; Phaneuf, 2007)

วัตถุประสงค์ของการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด คือ 1. ดูแลเพื่อให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น (Improve) 2. การดูแลเพื่อให้อาการคงที่ (Maintain it) 3. เตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิต (To accompany him up to death) ในรายที่มีการเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย

โดยแนวคิดของ Humanitude มีความแตกต่างจากแนวคิดมนุษยนิยม คือ การดูแลโดยยึดหลักการดูแลด้วยความเคารพและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ โดยให้การดูแลแบบนุ่มนวล อ่อนโยน มีความเอาใจใส่แสดงถึงความอบอุ่นและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่มีความผาสุกในชีวิต (IGM, 2015) แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) (Gineste and Marescotti, 2008; Faligant, 2014)

ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีจุดมุ่งหมายคือ การให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงต้องตระหนักถึงหลักมนุษยธรรม การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

## 5.3 องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด

แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล และอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ด้วยการให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (Gineste & Marescotti, 2008) ดังนี้



**5.3.1 การสบตา (Eye contact)** คือ การสื่อสารที่ถ่ายทอดความรู้สึกผ่านทางสายตา และเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารและวิวัฒนาการทางภาษาโดยแสดงถึงมนุษย์ การติดต่อสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับแม่มองลูกด้วยความรักและความห่วงใย ซึ่งเป็นการสื่อสารอย่างหนึ่งที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นมีความเป็นมนุษย์ เราต้องการการสื่อสารตั้งแต่แรกเกิด ยกตัวอย่างเช่น การมองสบตาระหว่างมารดาและทารกเป็นอีกหนึ่งช่องทางการสื่อสารที่แสดงให้เห็นถึงการแสดงความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกดี ๆ ที่มารดามีให้กับทารกเป็นต้น ทั้งนี้การสบตาเป็นการเริ่มความสัมพันธ์ก่อนเริ่มการสื่อสาร และเป็นสิ่งแรกที่แสดงถึงการให้การยอมรับและตระหนักว่าคน ๆ นี้มีตัวตนอยู่จริง แสดงถึงการเปิดใจรับรู้ถึงความรู้สึกภายในและความต้องการของบุคคลคนนั้น ๆ การสบตายังแสดงถึงการเริ่มต้นของการมีสัมพันธภาพที่ดี

**ลักษณะการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด** ควรใช้สายตาที่สื่อถึงความรัก (Love) ความอ่อนโยน (Tenderness) และมีความภาคภูมิใจหรือความปรารถนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ (Pride) นอกจากนี้การสบตายังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Gineste & Marescotti, 2008; อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตู, 2560) โดยมีลักษณะการสบตา ดังนี้

**1) การสบตาที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคคล** มีลักษณะ ดังนี้

- 1.1 การสบตาในระดับเดียวกัน (Horizontal) แสดงถึง ความเท่าเทียมกัน Equality
- 1.2 การสบตาในแนวแกน (Axial) แสดงถึง ความซื่อสัตย์สุจริต (Honesty)
- 1.3 การสบตาในระยะใกล้ (Near) แสดงถึง ความอ่อนโยน (Tenderness) และความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy)
- 1.4 การสบตานาน ๆ (Long) แสดงถึง ความอ่อนโยน (Tenderness) มิตรภาพ (Friendship) และความรัก (Love)

**2) การสบตาที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคคล** มีลักษณะ ดังนี้

- 2.1 การมองในแนวตั้ง (Vertical) คือ การมองจากด้านบนลงด้านล่าง แสดงถึง การถูกครอบงำ หรือกดขี่
  - 2.2 การมองค้อน (Askance look) แสดงถึง ความก้าวร้าว
  - 2.3 การหลบสายตา หรือ การไม่มองสบตา (Fleeing) แสดงถึง ความไม่ไว้วางใจ ความกลัว หรือตื่นตระหนก ตกใจ
  - 2.4 การมองในระยะไกล (Distant) แสดงถึง การปฏิเสธ หรือการดูหมิ่น
- การสบตาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเชื่อมั่นและความรู้สึกปลอดภัย (กนกวรรณ ติลกสกุล และชัยเลิศ พิษิตพรชัย, 2544; ชุมพล ผลประมุขและสุรวัดน์ จริยาวัฒน์, 2552) มีขั้นตอนดังนี้

1) **การเข้าหาผู้สูงอายุ** ควรเข้าทางด้านหน้าและสายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุ ระยะห่างในการประสานสายตาอยู่ในช่วงระยะ 15-20 ซม. ไม่เข้าทางด้านหลังหรือด้านข้างของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นผู้ดูแลได้ชัดเจน จำเป็นต้องเข้าทางด้านหน้าเสมอ ลักษณะการมองผู้ดูแลต้องมองให้เห็นตัวเองในลูกตาของผู้สูงอายุ หากการสบตานั้นเกิดประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองตอบกลับ โดยสบตาผู้ดูแลกลับคืน (Auto-feedback) ซึ่งการมองนี้จะส่งความรู้สึกไปยังผู้สูงอายุเพื่อให้รับรู้ว่าคุณดูแลให้ความเคารพเสมอ

2) **เมื่อผู้สูงอายุมีสายตาจับจ้องมาที่ผู้ดูแล (Auto-feedback)** แล้วผู้ดูแลควรมองผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความรู้สึกถูกละเลยหรือไม่เป็นการไม่ใส่ใจ

3) **ลักษณะสายตาเมื่อผู้ดูแลมองผู้สูงอายุ** ควรมองด้วยความรัก ความเข้าใจความห่วงใย ความภูมิใจในตัวผู้สูงอายุ ใบหน้าควรยิ้มแย้มแจ่มใสเพื่อกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) ในสมองได้ทำงาน ซึ่งเป็นสารแห่งความรักส่งผลให้สมองของผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรู้สึกและสัมพันธ์ภาพที่ดี จากผู้ดูแลที่มอบให้เหมือนมารดาสบตาบุตรเมื่อแรกเกิด

4) **การสบตา (Eye contact)** ควรปฏิบัติควบคู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ตลอดในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆของการดูแลด้วย

**พยาธิสรีระของการมอง** การสบตาจะไปกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ในสมองส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมให้หลั่งสารออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความรัก (Love Hormone) และหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุขเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความรักใคร่ ผูกพัน คั่นเคย ไว้วางใจ ลดการตื่นตัว เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสบายใจ ความเชื่อมั่นและความรู้สึกปลอดภัย อารมณ์รุนแรง ก้าวร้าวลดลง (Phaneuf, 2007)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การสบตา (Eye contact) คือ การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองสบตาต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ การสบตาผู้สูงอายุขณะสนทนาจะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าผู้ดูแลมีความสนใจหรือใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุและก่อให้เกิดความผูกพัน รักใคร่ ไว้วางใจ และผ่อนคลาย ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีการสบตากลับแสดงถึงการรับรู้และเข้าใจในสิ่งที่ผู้สบตาต้องการสื่อ

5.3.2 **การพูด (Speech)** คือ การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิด ทศนคติไปยังผู้ฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันและช่วยแก้ไขความขัดแย้ง หากไม่มีคำพูดสัมพันธ์ภาพระหว่างมนุษย์อาจลดลงเหลือเพียงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์เท่านั้น การพูดจึงเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ที่มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด โดยเด็กจะมีโครงสร้างที่ปรับเข้ากับพัฒนาการทางด้านการพูด ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมสื่อสารที่ชัดเจนตั้งแต่ช่วงเดือนแรกของชีวิต เด็กจะยิ้มตอบ

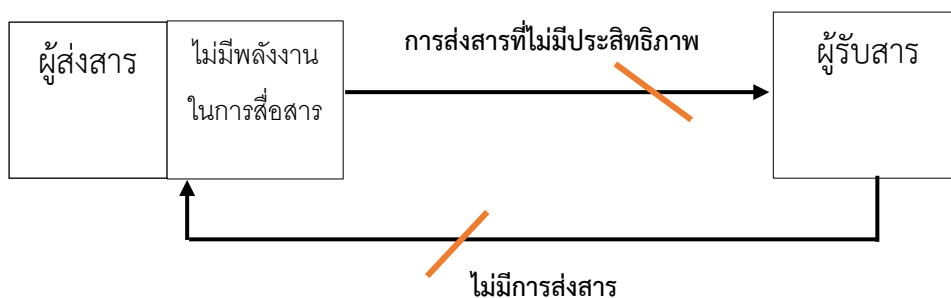
หรือพูดเป็นคำ ๆ สสำรวจสภาพแวดล้อม จั้ววัตถุใกล้ๆ ตัว และมีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเฉพาะกับแม่ คำพูดของแม่จึงเป็นการช่วยกระตุ้นให้เด็กรับรู้ถึงความรู้สึกต่างๆ และช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาของเด็กด้วย (Gineste & Marescotti, 2008)

**พยาธิสรีระของการพูด** การสื่อสารโดยวิธีการพูดนั้นเป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่งสาร (Transmitter caregiver) ไปยังผู้รับสาร (Person receiving) โดยพลังงานมีจุดกำเนิดภายในสมอง พอผู้ส่งสารพูดออกไปเปรียบเหมือนเป็นการถ่ายทอดพลังงานจากสมองของผู้ส่งสาร ทำให้พลังงานของผู้ส่งสารลดลงไปและการที่ผู้รับสารสามารถเข้าใจและรับสารจากผู้ส่งสารได้ เปรียบเหมือนเป็นการส่งพลังงานกลับมาที่ผู้ส่งสารทำให้ผู้ส่งสารมีพลังงานในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยเรื่องที่เราสื่อสารกันจะต้องเป็นเรื่องเดียวกันและมีความสอดคล้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ส่งสารและ ผู้รับสาร สามารถอธิบายด้วยภาพที่ 2



**ภาพที่ 2** กลไกการติดต่อสื่อสารด้วยการพูด (Gineste & Marescotti, 2008)

จากภาพที่ 2 ในทางตรงกันข้าม กรณีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างเช่น การสื่อสารระหว่างชาวญี่ปุ่นกับชาวฝรั่งเศส ต่างภาษาต่างวัฒนธรรมก็จะสื่อสารกันไม่เข้าใจกันรับสารไม่ได้ การสื่อสารก็จะเป็นการตอบกลับ เหมือนมีสิ่งรบกวนการส่งสารกับการส่งสารกลับไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน ในกรณีเช่นนี้ การส่งสารไปแล้วไม่ได้รับการตอบกลับก็จะมีพลังงานส่งกลับมาที่ผู้ส่งสาร ทำให้ผู้ส่งสารขาดพลังงานในการที่จะสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง สามารถอธิบายด้วยภาพที่ 3



**ภาพที่ 3** กลไกการสื่อสารด้วยวิธีการพูด/การรับ – ส่งสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Gineste & Marescotti, 2008)

### ลักษณะการพูดแบบฮิวแมนนิจูด มีลักษณะดังนี้

- 1) กล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การดูแล
- 2) การพูดกับผู้สูงอายุควรใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล วาจาสุภาพ อ่อนหวาน มีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่ควรตะโกนหรือตะคอก พูดจากร้าวร้าว
- 3) ผู้ดูแลควรพูดกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำเชิงบวก คือ การพูดให้กำลังใจ ปลอบโยน การพูดชื่นชม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก พร้อมเป็นผู้รับฟังที่ดี
- 4) ในกรณีที่ผู้สูงอายุทำผิดพลาด ไม่ควรพูดตำหนิ กล่าวโทษ หรือใช้ถ้อยคำหยาบคายควรพูดชี้แจงด้วยเหตุผล
- 5) ควรพูดคุยกับผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาให้กิจกรรมการดูแล ร่วมกับการใช้เทคนิคการสบตา การสัมผัสควบคู่กันไป

ดังนั้นสรุปได้ว่า การสื่อสารด้วยวาจาจึงเป็นปฏิสัมพันธ์ทางวาจากับผู้อื่น เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิดทัศนคติส่งไปยังผู้ฟังเป็นการแสดงว่าผู้พูดให้ความสำคัญกับผู้ฟัง รับฟังซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกัน การพูดกับผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วยจะแสดงออกมาในลักษณะการปลอบประโลม ให้กำลังใจ การให้ข้อมูลและการกระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึกทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหวัง รู้สึกผ่อนคลายความเครียดลงได้

**5.3.3 การสัมผัส (Touch)** คือ การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดหรืออวัจนภาษา (Nonverbal communication) เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส เป็นการแสดงให้เห็นความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การปลอบโยน และการให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Phanuef, 2007; Gineste & Marescotti, 2008) การสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การสัมผัสสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

การสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การสัมผัสสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาสามารถแบ่งชนิดการสัมผัสได้ 2 ชนิด ดังนี้

- 1) การสัมผัสขณะปฏิบัติการพยาบาล (Procedural touch) คือ การสัมผัสในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามการรักษาและการวินิจฉัย รวมทั้งเป็นการประเมินทางการพยาบาล เช่น การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัวการทำแผล การฉีดยา การจับชีพจร การวัดความดันโลหิต เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้ อาจจะนุ่มนวลหรือรุนแรงก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของพยาบาลและสถานการณ์ในขณะที่ให้การพยาบาล

นั้น ๆ ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดหรือวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุได้

2) การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล (Non-procedural touch) คือ การสัมผัสโดยมีจุดมุ่งหมายในการดูแล ประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยการสัมผัสที่นุ่มนวล จะถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก เช่น ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผ่านการสัมผัสทางกาย โดยการจับมือ แขน หรือไหล่ของผู้ป่วย ร่วมกับการสบตา และการพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ หรือการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจมีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ก่อให้เกิดความสุขสบาย มีกำลังใจและรับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้ความช่วยเหลือ (Phaneuf, 2007)

#### **ลักษณะการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด มีลักษณะดังนี้**

1) การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด มีลักษณะดังนี้ การวางฝ่ามือแบบเบาๆ บริเวณที่ต้องการสัมผัส เช่น ไหล่ ควรวางมือด้วยน้ำหนักที่พอดีไม่ใช่การกดและจะค่อยๆ ไถลงไปคล้ายเครื่องบินกำลังจะลงจอด กางนิ้วมือออก ลูบไล้เป็นบริเวณกว้าง ด้วยน้ำหนักมือที่พอดีไม่หนัก หรือเบาเกินไป และก่อนที่จะถอยมือออกก็จะต้องค่อยๆ ถอยออกไปคล้ายกับเวลาเครื่องบินจะขึ้น

2) ใช้การสัมผัสแบบการประคองเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี มีความสุข ไม่ต่อต้านในการให้การดูแล ทำได้โดยใช้มือประคองจากด้านล่างและใช้มืออีกข้างช่วยประคองตาม

3) การสัมผัส เช่น การเช็ดตัวผู้สูงอายุ ควรเริ่มจากด้านหลัง เพราะหลังเป็นส่วนของร่างกายที่มนุษย์ยอมให้สัมผัสได้ง่ายและมีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด โดยจะเริ่มสัมผัสอย่างช้าๆ กว้างๆ นุ่มนวล อ่อนโยนจากบริเวณหลัง แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับ การสัมผัสจะเริ่มจากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ หลังไปหามากที่สุด คือ ใบหน้า

4) ในกรณีผู้สูงอายุมีการหดเกร็งตามร่างกาย การสัมผัสเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุคลายการหดเกร็งได้ โดยการสัมผัสที่นุ่มนวล พยายามใช้แรงเบาๆ เท่ากับเด็ก 5 ขวบในการยึดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณที่หดเกร็ง

5) หลีกเลี่ยง Aggressive touch หรือการจับกุมข้อมือ หรือบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย เนื่องจากการสัมผัสดังกล่าวให้ความรู้สึกเหมือนการถูกจับกุมหรือถูกคุมคาม ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อต้าน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางด้านสมอง เช่น เมื่อต้องการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่ควรจับเข้าผู้สูงอายุแยกออกจากกัน เพราะจะเหมือนเป็นการคุกคามทางเพศ ผู้สูงอายุก็จะต้าน หดเกร็ง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ได้ วิธีที่ถูกต้องคือควรให้ผู้สูงอายุนอนตะแคง แล้วให้ยกขาข้างหนึ่งขึ้นแล้วค่อยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อหลีกเลี่ยงอาการต่อต้านของผู้สูงอายุ

**พยาธิสรีระของการสัมผัส** การสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้า โดยผ่าน myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ซึ่งทำหน้าที่คล้ายกับการทำสำเนา (copy machine) จากสมองส่วนทาลามัสจะส่งต่อไปที่คอร์เท็กซ์สมองส่วนหน้าและอีกส่วนหนึ่งส่งไปที่ amygdala สมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านอารมณ์ จะรับรู้ว่าจะชอบ ไม่ชอบหรือดี ไม่ดี เท่านั้น สิ่งที่สำคัญในผู้สูงอายุที่มีสมองส่วนหน้าถูกทำลายส่งผลให้เกิดการแปลความหมายได้ไม่ดี แต่การรับรู้ที่สมองส่วนอะมิดาลาจะเร็วกว่าสมองส่วนคอร์เท็กซ์ การรับรู้ส่วนใหญ่จึงเกิดที่สมองส่วนของอะมิดาลาเป็นหลักทำให้รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ได้เร็วกว่าชอบ ไม่ชอบ หรือดี ไม่ดี แสดงให้เห็นว่าในผู้สูงอายุที่มีสมองส่วนหน้าถูกทำลาย การรับรู้ได้แน่ชัด คือ การรับรู้ด้านอารมณ์ ในร่างกายของมนุษย์ บริเวณที่มีประสาทการรับรู้มากที่สุดคือ บริเวณฝ่ามือและใบหน้าและส่วนที่มีประสาทการรับรู้้น้อยที่สุดคือ แผ่นหลัง ดังนั้น การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูดจะเริ่ม สัมผัสอย่างกว้าง ๆ ช้า ๆ จากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้้น้อยไปหาบริเวณที่มีประสาทการรับรู้มากที่สุด คือ เริ่มจากหลัง แขน ขา เท้า มือ และ ใบหน้าตามลำดับ

ดังนั้นสรุปได้ว่า การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด พยาบาลควรให้การสัมผัสด้วยความรัก ความอ่อนโยนนุ่มนวลเพื่อให้เกิดความสุขและความไว้วางใจ การสัมผัสต้องมีลักษณะแบบกว้าง (Wide) โดยการกางฝ่ามือและวางมือลงบริเวณที่ต้องการสัมผัสอย่างนุ่มนวล (Soft) อย่างช้า ๆ (Slow) ด้วยน้ำหนักพอดีไม่หนักหรือเบาเกินไปด้วยความทะนุถนอม (Caressing) คล้ายการโอบกอดเด็กทารก (Enveloping) ทำให้รู้สึกถึงความปลอดภัย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน แสดงถึงความรัก ความหวังใยและทะนุถนอม จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้และรู้สึกอุ่นใจ อบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย ให้ความรู้สึกเชื่อมั่นในการให้การดูแลจึงนำมาซึ่งการให้ความร่วมมือในการดูแล เชื้อ ฟังและปฏิบัติตาม

**5.3.4 การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality)** คือ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด การให้การพยาบาลผู้สูงอายุ โดยการจัดทำทางให้ผู้สูงอายุที่นอนอยู่บนเตียงได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ลูกนั่ง ยืนหรือเดิน และการออกกำลังกาย รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง เกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง จิตใจแจ่มใส ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Phaneuf, 2007) นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการขับถ่ายและกระบวนการเผาผลาญดีขึ้น (Phaneuf, 2007)

การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ โดยมนุษย์สามารถยืนหรือเดินด้วย 2 ขา สามารถสัมผัสผู้อื่นได้และเป็นที่มาของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน นำไปสู่พัฒนาการทางสติปัญญาเป็นจุดเริ่มต้นของวิวัฒนาการทางภาษาและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ปัจจุบันการยืนและการเดินตรงจึงกลายเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญที่แสดงถึงความเป็นมนุษย์ (Phaneuf, 2007)

**ลักษณะการสัมผัสการกระทำทางในแนวตั้งตรงแบบอิวแมนนิจูด** (อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ, 2560) มีลักษณะดังนี้

1) **ประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุและการกระตุ้นให้** ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการยืน หรือการเดิน ร่วมกับส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย ตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (Gineste & Marescotti, 2008)

**กลุ่มที่ 1** คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรให้ผู้สูงอายุไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ

**กลุ่มที่ 2** คือ ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้นาน 40 วินาที ดูแลพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ กรณีที่ไม่สามารถเดินได้ให้นั่งรถเข็นไปห้องน้ำและให้อาบน้ำเอง หากมีอาการเหนื่อยให้หยุดพักเป็นระยะ

**กลุ่มที่ 3** คือ ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้น้อยกว่า 40 วินาที ดูแลพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำหากไม่สามารถเดินได้ให้นั่งรถเข็นและจัดหาเก้าอี้ให้นั่งอาบน้ำในห้องน้ำโดยผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดร่างกายให้ผู้สูงอายุในส่วนที่ไม่สามารถทำได้ โดยเฉพาะการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หรือทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ที่เตียงนอนแล้วจึงพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ หากมีอาการเหนื่อยให้หยุดพักเป็นระยะ

**กลุ่มที่ 4** คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยืนได้แต่นั่งข้างเตียงหรือนั่งรถเข็นได้ ผู้ดูแลพานั่งรถเข็นไปอาบน้ำที่ห้องน้ำและช่วยอาบน้ำให้ หรืออาบน้ำให้บนเตียงนอน

**กลุ่มที่ 5** คือ ผู้สูงอายุติดเตียง (Bed ridden) ที่ไม่สามารถลงมานั่งรถเข็นได้หรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจระยะวิกฤติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการจำกัดกิจกรรมบนเตียง พยาบาลต้องเช็ดทำความสะอาดร่างกายบนเตียง

2) **การประคองผู้สูงอายุให้ลุกยืนหรือเดิน** ผู้ดูแลจับมือผู้ป่วยและใช้มืออีกข้างซ้อนเข้าได้วางแขนด้านหลังของผู้สูงอายุ พยายามกระชับแขนผู้สูงอายุเข้าหาตัวผู้ดูแลเพื่อความมั่นคงและปลอดภัย จากนั้นพยุงตัวผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนสักพักแล้วจึงพาเดิน

3) **ผู้ดูแลควรเริ่มกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ยืน และเดินตามลำดับ** เพื่อป้องกันอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืดและแผลกดทับ

4) **พยาบาลควรสังเกตลักษณะผิดปกติ** สัญญาณชีพของผู้สูงอายุก่อนการให้การดูแลและขณะให้การดูแล หากพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ แขนหน้าอกใจสั่น ควรให้ผู้สูงอายุหยุดพัก ประเมินและสอบถามอาการเป็นระยะ

**พยาธิสรีระของการกระทำในแนวตั้งตรง** การตั้งตัวตรงหรือการยืน เป็นการกระตุ้นการ synapse คือบริเวณที่ปลายของ แอกซอน (axon) ของประสาทเซลล์หนึ่งซึ่งใกล้ชิดกับปลายของเดนไดรต์ (dendrite) ของใยประสาทอีกเซลล์หนึ่งเป็นทางผ่านของกระแสประสาทจากเซลล์ประสาท

หนึ่งไปสู่อีกเซลล์ประสาท หนึ่งของกระแสประสาทไปสู่สมองช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (verticality) เช่น การยืน โดยน้ำหนักของร่างกายจะทำให้เกิดแรงกดที่ปลายเท้าเมื่อสัมผัสพื้น เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตจากปลายเท้า ไหลเวียนกลับขึ้นไปสู่ส่วนบนของร่างกายและกลับเข้าสู่หัวใจนำเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ นอกจากนั้นในเลือดยังมีสารอาหารต่างๆที่สำคัญต่อมวลกระดูก เช่น การดูดซึมแคลเซียมจาก ไปใช้งานช่วยสร้าง cartilage กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุให้แข็งแรงขึ้น นอกจากนี้การจัดท่าให้อยู่ในแนวตั้งตรง ยังกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทมอเตอร์หรือประสาทสั่งการ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อลาย เมื่อมีการเคลื่อนไหวกระแสประสาทจากสมองส่วน Cerebral cortex จะส่งกระแสประสาทผ่านมายังเส้นประสาทไขสัน เพื่อให้อวัยวะเกิดการเคลื่อนไหวและทำให้กล้ามเนื้อลายเกิดความตึงและหดตัว ตามกายภาพ (Barker, 2002) ดังนั้น ลักษณะลำตัวที่ตั้งตรงของมนุษย์ (Verticality) จึงเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองและกระตุ้นการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้เลือดสูบฉีดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการดูแลที่ใช้การยืนหรือการจัดท่าให้ตั้งตรงให้ได้มากที่สุดไม่ว่าจะเป็น ท่ายืน ท่านั่งหรือ การเดินเท้า ที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้จะต้องไม่บังคับหรือฝืนใจของผู้สูงอายุผู้สูงอายุ อีกทั้งยังช่วยเบี่ยงเบนความ สนใจ ให้ออกจากสิ่งกระตุ้นอันจะทำให้เกิดอารมณ์ หงุดหงิด โกรธ โมโห ส่งผลให้พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงได้

การจัดท่าในแนวตั้งตรง ส่งผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ คือ หัวใจของมนุษย์เราทำงานบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยผ่านเส้นเลือดแดงตามแรงบีบของหัวใจ แต่การทำงานของเส้นเลือดดำจะไม่มีแรงบีบกลับ โดยเฉพาะที่ฝ่าเท้ามีเส้นเลือดดำอยู่จำนวนมากและฝ่าเท้ามีลักษณะโค้ง ในขณะที่เดินจะลงน้ำหนักไปที่เท้าทำให้เกิดแรงกดลงบนกล้ามเนื้อ กระดูกและเส้นเลือด จึงทำให้เลือดสามารถไหลย้อนกลับได้ เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อจะหดตัว เกิดแรง กดไปที่เส้นเลือดและส่งผลทำให้เส้นเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ การทำให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจได้ดี ประกอบด้วย 3 อย่างด้วยกันคือ การเดิน การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อและการหายใจ ถ้าต้องการให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีจะต้องยืนและเดิน ดังจะเห็นได้จากไม่เคยเห็นผู้ป่วยที่เดินได้มีแผลกดทับ ดังนั้นวิธีการป้องกันแผลกดทับที่ดี คือ การเดิน

ดังนั้นสรุปได้ว่า การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากการให้ผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียงทั้งที่สามารถลุกขึ้นนั่งได้นั้นถือเป็นการลดความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ทั้งนี้ในทางการแพทย์ การจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในแนวตรงจึงเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ การให้ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ลุกนั่งหรือยืนและการออกกำลังกาย มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความมีตัวตน ความเป็นมนุษย์ในตนเอง จิตใจแจ่มใสและลดความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยลง



ได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงเนื่องจากเกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง (Phaneuf, 2007; Gineste & Marescotti, 2008)

#### 5.4 เทคนิคของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008) คือ การผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน จึงต้องปฏิบัติร่วมกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary)** คือ ขั้นตอนก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้เพื่อขออนุญาตเข้าไปให้การดูแล และป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจ (ใช้เวลาประมาณ 20 วินาที)

โดยฮิวแมนนิจูด อธิบายว่าเพื่อเป็นการส่งสัญญาณขออนุญาตก่อนเข้าไปหา ผู้สูงอายุให้เคาะให้เป็นจังหวะ 3 ครั้ง และตามด้วย 1 ครั้ง ดังนี้ เคาะจังหวะที่ 1...2...3...และอีก 1 ครั้ง โดยจังหวะสุดท้าย ให้เว้นช่วงเล็กน้อยเพื่อให้ผู้สูงอายุส่งเสียงตอบรับกลับมาเป็นความหมายว่าอนุญาตให้เข้าไปหาได้ กรณีที่ไม่มีเสียงตอบรับจากผู้สูงอายุ ให้ผู้ดูแลเข้าไปหาผู้สูงอายุใกล้กว่าเดิมแล้วเคาะตามจังหวะเช่นเดิมกับอุปกรณ์ที่อยู่ใกล้กับผู้สูงอายุ เช่น โตะข้างเตียง หัวเตียง เป็นต้น

**ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary)** คือ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแล (ใช้เวลาประมาณ 20 วินาที ถึง 3 นาที)

โดยเป็นการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเป็นขั้นตอนภายหลังจากการขออนุญาตเข้าไปหาแล้ว ให้ผู้ดูแลกล่าวทักทาย พูดชื่นชมผู้สูงอายุ โดยลดการสร้างคำถามเพื่อป้องกันการสับสน ซึ่งในขั้นตอนนี้จะใช้องค์ประกอบเพียง 2 อย่าง คือ การมองสบตา (eye contact) และการพูดคุย (speech) เพื่อประเมินพฤติกรรม สภาวะอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกดีๆ ก่อนให้การดูแลอีกด้วย

**ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกรดูแล (Sensory circle)** คือ ขั้นตอนการให้การดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล โดยขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะใช้ทั้ง 4 องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) มาใช้ผสมผสานกับการดูแลต่างๆ เช่น การช่วยเหลืออาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เป็นต้น

**ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional Consolidation)** คือ ขั้นตอนในทบทวนและการสรุปผลการดูแลหลังได้รับการดูแลเพื่อให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น

โดยขั้นตอนภายหลังจากการให้การดูแลเสร็จ เรียบร้อย แต่ผู้ดูแลยังคงมีการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องต่อด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เช่น ระหว่างการดูแลสบตาและพูดคุยถึงผลของการให้การดูแลหรือการทำกิจกรรมในครั้งนี้ พูดคุยให้เป็นเรื่องสนุกสนาน เป็นกิจกรรมดี ๆ ที่ได้ใช้เวลาด้วยกัน (happy memory) เพื่อให้ผู้ป่วยระลึกถึงผู้ดูแล เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอีกทั้งส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น

**ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment)** คือ ขั้นตอนในการยุติการให้การดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใยและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นขั้นตอนการให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันแบบฮิวแมนนิจูดทั้งหมดแล้วจำเป็นต้องนัดหมายกับผู้สูงอายุในครั้งถัดไปเพื่อเพิ่มความรู้สึกและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุและการดูแลในครั้งถัดไป

หากระหว่างการดูแลผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ดูแลต้องไม่บังคับหรือฝืนใจในการดูแลกิจกรรมดังกล่าวซึ่งการแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว คือ โดยใช้เวลาแก่ผู้สูงอายุนั้นๆ ให้ผู้ดูแลประเมินถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือและจัดการกับสาเหตุนั้นๆ หรือใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจอื่นๆ ตามที่ผู้สูงอายุพอใจ จากนั้นพูดคุยหาข้อตกลงร่วมกันว่า ผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลได้เมื่อใด ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะได้คำตอบหรือไม่ได้คำตอบ ก่อนผู้ดูแลจะเดินออกไปจากห้องให้บอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุว่าจะกลับเข้ามาใหม่ เมื่อผู้สูงอายุมีความพร้อม จากนั้นให้ผู้ดูแลไปทำกิจกรรมอื่นๆ หรือเบี่ยงเบนความสนใจอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุตามความเหมาะสม เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมให้ผู้ดูแลเข้าไปอีกครั้งตามเทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดตั้งข้างต้นเช่นเดิม

สรุปได้ว่า หลักการฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti เป็นการดูแลโดยมีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ 1. การสบตา (Eye contact) 2. การพูด (Speech) 3. การสัมผัส (Touch) และ 4. การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถนำไปใช้โดยผ่านกระบวนการทั้ง 5 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ที่ผู้ดูแล มองเห็นผู้สูงอายุเป็นมนุษย์ มีคุณค่า และศักดิ์ศรี ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้สูงอายุจะสามารถรับรู้ได้จากการดูแลของผู้ดูแลที่มอบให้ตามแบบฮิวแมนนิจูด อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความปลอดภัย มั่นคง และความใส่ใจในการดูแล ทำให้การดูแลง่ายขึ้นและผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล

## 6. โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล

การกำหนดโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล ก่อนกำหนดโปรแกรม ผู้วิจัยได้มีการสำรวจข้อมูลในเบื้องต้นของระบบการทำงาน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค และมีการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จากนั้นได้เข้าไปสอบถามข้อมูลกับหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการสวัสดิการสังคมภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ในเรื่องของคุณสมบัติของผู้ดูแล การอบรมที่ผู้ดูแลได้รับมาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ปัญหาของการปฏิบัติงานของผู้ดูแลคือ ความรู้ในการดูแลที่ผู้ดูแลต้องการเพิ่มเติมเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดโปรแกรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ดูแล

โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ดูแลด้วยความรัก และความเข้าใจ สอนให้ผู้ดูแลเข้าใจหลักการดูแลด้วยความรักและความอ่อนโยน มีความรู้เข้าใจ ในวิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผ่านเทคนิคการดูแลที่ใช้องค์ประกอบ 4 อย่าง ได้แก่ 1. การสบตา (Eye contact) เป็นการสื่อสารที่มองด้วยความรัก มีสายตาอ่อนโยน 2. การพูด (Speech) เป็นการพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน อ่อนหวาน 3. การสัมผัส (Touch) เป็นการสื่อสารทางกายด้วยการสัมผัสอย่างอ่อนโยน และ 4. การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Vertical) โดยให้ผู้สูงอายุลุกนั่งในแนวตรง สร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Yves Gineste, Rosette Marescotti, R., 2008) โดยโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียด สามารถช่วยลดพฤติกรรมและการต่อต้านการรักหรือการดูแลได้ (Melo et al., 2017) ส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้นและผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแลลงได้ โดยมีการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และตอบสนองความรู้สึกจากผู้ดูแลที่ถ่ายทอดออกมา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงให้ความร่วมมือในการดูแลหรือมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Hawranik et al., 2008; Ishikawa, Mio, Miwako & Yoichi, 2015; Obara, 2013) โดยแต่ละกิจกรรมการดูแลได้ผสมผสานแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008)

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีความคล้ายคลึงในเรื่องของตัวการดูแลในด้านการให้ความรู้กับผู้ดูแลและสิ่งที่จัดกระทำ คือ การพยาบาลโดยแนวคิดฮิวแมนนิจูด (เสาวนีย์ เปรมทอง, 2560) ที่ให้การดูแลโดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง 6 สัปดาห์ และการศึกษาของ ธันยรัตน์ พุฒิวัฒนธราดล (2560) โดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุโดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง 4 สัปดาห์ และได้ศึกษาสิ่งที่จัดกระทำเพิ่มเติมคือ การพยาบาลโดยแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ, 2560) ที่ให้การดูแลโดยใช้ระยะเวลา 3 ครั้ง 3 วัน นอกจากนี้

ได้ศึกษาตัวแปรตามที่มีความคล้ายคลึงกันคือ ความเครียดในการดูแล (พนิตตา ศรีหาค้าง, 2559) โดยให้การดูแลโดยใช้ระยะเวลา 6 ครั้ง 6 สัปดาห์ จึงสรุปได้ว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมนั้นควรจะอยู่ระหว่าง 4 - 6 สัปดาห์และ 4-9 ครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงวางแผนการในการให้การพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล คือ 5 สัปดาห์ 6 ครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและในแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการดูแลโดยนำหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด อย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไปมาผสมผสานในการดูแลและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไปพร้อมๆกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยกิจกรรมการดูแลในโปรแกรม ดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 2** โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 6 สัปดาห์ หลักการ กิจกรรมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 (90 นาที หรือ 1 ชั่วโมง 30 นาที)	1. สร้างสัมพันธภาพ 2. สร้างทัศนคติที่ดีต่อ การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3. เรียนรู้การเปลี่ยนแปลง ของการสูงอายุ 4. การดูแลเบื้องต้น เกี่ยวกับกิจวัตรประจำ วันของผู้สูงอายุ	1. การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ผู้วิจัย อธิบายรายละเอียด โครงการวิจัยและขอความร่วมมือ จากผู้ดูแล ในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปแบบประเมินความรู้สึก เป็นภาระในผู้ดูแลและวัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย	1. แบบประเมิน ความรู้สึกเป็น ภาระของผู้ดูแล เพื่อประเมิน ความเครียดใน การดูแล 2. Power point ประกอบกรให้ ความรู้ในการ ดูแลผู้สูงอายุ พร้อม ภาพประกอบ 3. แผนการ สอนการดูแล แบบ Humannitude
		2. บรรยายเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาการ ดูแลด้วยความรัก ความสำคัญของ การเป็นผู้ดูแล เพื่อเป็นการปรับ ทัศนคติของผู้ดูแล พร้อมยกตัวอย่าง ประกอบ เช่นการแสดงความรักของ มนุษย์ ตั้งแต่ในครรภ์จนกระทั่ง คลอดออกมาเป็นทารก เป็นต้น	
		3. ให้ผู้ดูแลบอกเล่าความรู้สึก เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และพูดให้ ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองการ ดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่ายกย่อง เพื่อ สร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ดูแล	

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
		4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ	4. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิว
		5. ให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยในสถานดูแลและฝึกปฏิบัติ	แมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล
		กิจกรรมการดูแลสังเกตพฤติกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม ดังต่อไปนี้	5. สาธิตการดูแลผู้สูงอายุและให้สาธิตย้อนกลับ
		5.1 กิจกรรมการป้องกันอาหาร การป้องกันการสำลักในผู้สูงอายุ	6. แบบประเมินกิจกรรมการ
		5.2 กิจกรรมการให้อาหารทางสายยาง	ดูแล
		5.3 กิจกรรมการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุ	
		6. กล่าวสรุปและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไปและแจกคู่มือแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย	
<b>สัปดาห์ที่ 2</b> (90 นาที หรือ 1 ชั่วโมง 30 นาที)	1. บรรยายเข้าสู่เนื้อหาความเป็นมาและความสำคัญของฮิวแมนนิจูด	1. เก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบประเมินความรู้สึกรับทราบภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล	1. แบบประเมินความรู้สึกรับทราบภาระของผู้ดูแล
	2. บรรยายวัตถุประสงค์การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	2. บรรยายเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาความเป็นมาและความสำคัญของฮิวแมนนิจูด	เพื่อประเมินความเครียดในการดูแล
	3. บรรยายองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ		
	4. บรรยายการดูแลเบื้องต้น	วัตถุประสงค์การดูแลแบบฮิว	2. Power

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุ		แมนนิจูด และองค์ประกอบ ทั้ง 4 องค์ประกอบ	point ประกอบ
		3. ให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย ในสถานดูแลและฝึกปฏิบัติ กิจกรรมการดูแล โดย ระหว่างให้กิจกรรมการดูแลมี การใช้องค์ประกอบของ แนวคิดฮิวแมนนิจูดร่วมกับ การดูแล สังเกตพฤติกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ซักถาม ดังต่อไปนี้	การให้ความรู้ ในการดูแล ผู้สูงอายุ พร้อม ภาพประกอบ 3. แผนการ สอนการดูแล แบบ Human nitude 4. คู่มือการ ดูแลผู้สูงอายุ
		3.1 กิจกรรมการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียง และลงจากเตียง	ตาม
		3.2 กิจกรรมการป้องกันและ การดูแลแผลกดทับใน ผู้สูงอายุ	แนวคิดฮิวแมน นิจูดสำหรับ ผู้ดูแล
		4. กล่าวสรุปและนัดหมาย การพบกันครั้งต่อไป	5. สาธิตการ ดูแลผู้สูงอายุ และให้สาธิต ย้อนกลับ 6.แบบประเมิน กิจกรรมการ ดูแลและแบบ ประเมิน พฤติกรรมตาม โปรแกรมการ

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
			ส่งเสริมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแล
<b>สัปดาห์ที่ 3</b> (120 นาที หรือ 2 ชั่วโมง)	1. การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 2. บรรยายการ “ <b>สบตาและการพูด</b> ” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ ดังนี้	1. เก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล และ ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ใน สัปดาห์ที่ผ่านมา 2. บรรยายถึงความเป็นมาขององค์ประกอบ ได้แก่ การสบตาและการพูด พร้อมวิธีปฏิบัติ 3. ฝึกปฏิบัติ 2 เทคนิคแรกของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ดังนี้ <b>3.1 การสบตา</b> 1) การค้นหาผู้สูงอายุ ควรค้นหาทางด้านหน้าตรงของผู้สูงอายุ เพราะลานสายตาของผู้สูงอายุจะแคบ และควรอยู่ระดับลานสายตาของผู้สูงอายุหรืออยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ ไม่ยื่นในลักษณะค้ำศีรษะของผู้สูงอายุ ไม่ควรเข้าจากทางด้านหลัง เพราะจะทำให้	1. แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล 2. Power point ประกอบการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุพร้อมภาพประกอบ 3. แผนการสอนการดูแลแบบ Humannitude 4. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล 5. สาธิตการดูแลผู้สูงอายุและให้สาธิตกลับ
<b>องค์ประกอบเกี่ยวกับ</b> - การสบตา - การพูด	<b>1.1 การสบตา</b> ลักษณะการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด คือ การส่งสายตามองด้วยความอบอุ่นอ่อนโยน มีสีหน้ายิ้มแย้ม การค้นหาผู้สูงอายุจากทางด้านหน้า อยู่ในตำแหน่งระดับสายตาหรือต่ำกว่าผู้สูงอายุ สบตากับในระยะใกล้ห่างเพียง 15-20 เซนติเมตร และสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ให้การดูแล <b>1.2 การพูด</b> ลักษณะการพูดแบบฮิวแมนนิจูด คือ ใช้โทนเสียงต่ำมีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล ปลอดภัย ใช้ถ้อยคำเชิงบวก กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก พูดคุยกับผู้สูงอายุตลอด		

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
3. บรรยายการดูแลเบื้องต้นเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ระยะเวลาที่ให้การดูแล	ผู้สูงอายุมองไม่เห็นและเกิดอาการตื่นตระหนก ตกใจกลัวได้ 2) การสบตากับผู้สูงอายุ ควรเข้าไปใกล้ๆ ใช้ระยะห่างเพียง 15-20 ซม. ควรมองให้สายตาประสานกันเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นใบหน้าและริมฝีปากของผู้ดูแลได้ชัดเจน 3) ลักษณะการมอง ควรใช้สายตาที่แสดงถึงความอบอุ่น นุ่มนวล อ่อนโยนคล้ายกับแม่ มองลูก มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ร่วมกับการใช้ท่าทางและการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน เป็นมิตรร่วมด้วย 4) ระยะเวลาในการสบตาคควรสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ให้การดูแลเช่น ระหว่าง อาบน้ำ รับประทานอาหาร ระหว่างการสนทนา เป็นต้น 5) การสาธิตการดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง ในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ - การดูแลอวัยวะสืบพันธุ์	6. แบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล



## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
		<p>ผู้สูงอายุ</p> <p>ระหว่างการสนทนา หรือ ทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ดูแลควรมีการสบตาผู้สูงอายุสม่ำเสมอ</p> <p><b>3.2. การพูด</b></p> <p>1) กล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การดูแล</p> <p>2) การพูดกับผู้สูงอายุควรใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล วาจาสุภาพอ่อนหวาน มีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่ ควรตะโกนหรือตะคอก พูดจากร้าวร้าว</p> <p>3) ผู้ดูแล ควร พูด กับ ผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำเชิงบวก คือ การพูดให้กำลังใจ ปลอบโยน การ พูด ชื่นชม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก พร้อมเป็นผู้รับฟังที่ดี</p> <p>4) ในกรณีที่ผู้สูงอายุทำผิดพลาด ไม่ควรพูดตำหนิ กล่าวโทษ หรือใช้ถ้อยคำหยาบคาย ควรพูดชี้แจงด้วยเหตุผล</p> <p>4. สาธิตการดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง</p>	

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
		<p>ในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันรวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลได้ โดยระหว่างให้กิจกรรมการดูแลมีการใช้องค์ประกอบของแนวคิดฮิวแมนนิจูดร่วมกับการดูแล ผู้ดูแลควรมีการพูดคุยกับผู้สูงอายุสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบข้อมูลว่าจะทำอะไร ผู้สูงอายุจะได้ให้ความร่วมมือได้แก่</p> <p>4.1 กิจกรรมการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ผู้สูงอายุ</p> <p>5. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ทั้งหมดและเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย กล่าวสรุปและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป</p>	
<b>สัปดาห์ที่ 4</b> (120 นาที หรือ 2 ชั่วโมง)	<p>1. การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p> <p>2. บรรยายการดูแลเบื้องต้นโดยเทคนิคการ</p>	<p>1. ตอบแบบประเมินความรู้สึกรับเป็นภาระในผู้ดูแลในการดูแลของผู้ดูแล ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาและทดลองปฏิบัติเพื่อทบทวน</p> <p>2. ฝึกปฏิบัติ 2 เทคนิคต่อมาของการดูแลแบบฮิวแมนนิ</p>	<p>1. แบบประเมินความรู้สึกรับเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล</p> <p>2. Power</p>
<b>องค์ประกอบ</b>	โดยเทคนิคการ		
<b>เกี่ยวกับ</b>	“การสัมผัสและการจัดทำตั้ง		
- การสัมผัส	ตรง” แบบฮิวแมนนิจูดกับ		
- การจัดทำ	ผู้สูงอายุ ดังนี้		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
ตั้งตรง	<p><b>1.1 การสัมผัส</b> ลักษณะการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด คือ วางฝ่ามือด้วยน้ำหนักมือที่พอดี กว้าง นิ้วมือออกและลูบเป็นบริเวณกว้าง การสัมผัสในลักษณะประคองไม่ใช่การจับกุม เริ่มต้นสัมผัสบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุดก่อน คือ หลัง แขน ขา เท้า มือ และใบหน้า ตามลำดับจะไม่เกิดการต่อต้าน</p> <p><b>1.2 การจัดทำตั้งตรง</b> ลักษณะการจัดทำในแนวตั้งตรงแบบฮิวแมนนิจูดคือ การประคองให้ผู้สูงอายุได้ลุกขึ้นนั่ง ยืน เดิน การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุและการอาบน้ำในห้องน้ำในรายที่ไม่มีข้อจำกัด</p>	<p>จุด ดังนี้</p> <p><b>2.1 การสัมผัส</b></p> <p>1) การวางฝ่ามือบริเวณที่ต้องการสัมผัส เช่น ไหล่ ควรวางมือด้วยน้ำหนักที่พอดี กว้าง นิ้วมือออก สัมผัสให้เป็นบริเวณกว้าง</p> <p>2) ใช้การสัมผัสแบบการประคอง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีมีความสุข ไม่ต่อต้านในการให้การดูแลทำได้โดยใช้มือประคองจากด้านล่าง และใช้มืออีกข้างช่วยประคองตามรูป</p> <p>3) การสัมผัส เช่น การเช็ดตัวผู้สูงอายุ ควรเริ่มจากด้านหลัง เพราะหลังเป็นส่วนของร่างกายที่มนุษย์ยอมให้สัมผัสได้ง่าย และมีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด โดยจะเริ่มสัมผัสอย่างช้าๆ กว้างๆ นุ่มนวล อ่อนโยนจากบริเวณหลัง ไหล่ แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับ การสัมผัสจะเริ่มจากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ หลัง ไปหามากที่สุด คือ ใบหน้า</p>	<p>point</p> <p>ประกอบการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุพร้อม</p> <p>ภาพประกอบ</p> <p>3. แผนการสอนการดูแลแบบ Human nitude</p> <p>4. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด</p> <p>สำหรับผู้ดูแล</p> <p>5. สาทิตการดูแลผู้สูงอายุและให้สาธิตกลับ</p> <p>6. แบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแล</p>

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
		<p>4) ในกรณีผู้สูงอายุมีอาการหดเกร็งตามร่างกาย การสัมผัส ช่วยให้ผู้สูงอายุคลายการหดเกร็งได้ คือการใช้สัมผัสที่นุ่มนวล ใช้แรงเบาๆ เท่ากับเด็ก 5 ขวบในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณที่หดเกร็ง</p>	
		<p>5) สาธิตการดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริงในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันรวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลได้แก่</p>	
		<p>5.1 กิจกรรมการอาบน้ำบนเตียงช่วยขจัดสิ่งสกปรกจากผิวหนัง</p>	
		<p><b>2.2 การจัดทำตั้งตรง</b></p>	
		<p>1) การประคองแขนผู้สูงอายุให้ลุกขึ้นยืนหรือเดิน โดยการจับมือผู้สูงอายุตามรูปและใช้มืออีกข้างซ้อนเข้าใต้วงแขนด้านหลังของผู้สูงอายุ พยายามยึดกระชับแขนผู้สูงอายุเข้าหาตัวผู้ดูแลเพื่อความมั่นคงปลอดภัย</p>	

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
		<p>จากนั้นพยุงผู้สูงอายุลุกขึ้น ยืนสัปดาห์ ก่อนที่จะพาเดิน ควรใช้ผู้ช่วยเหลือ 2 คน</p> <p>2) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะการเดิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ควรให้ผู้สูงอายุได้อาบน้ำในห้องน้ำ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย</p> <p>3) ผู้ดูแลควรเริ่มกระตุ้นผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่ง นั่งข้างเตียง ก่อนค่อยฝึกการยืนข้างเตียง เดินรอบเตียงตามลำดับ เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด และดูความพร้อมของผู้สูงอายุเป็นหลัก</p> <p>4) ควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การหายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก ใจสั่นอาการอ่อนแรงแขนขา ควรให้ผู้สูงอายุหยุดพัก ประเมินและสอบถามอาการเป็น</p>	

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
		<p>ระยะ ถ้าไม่ไหวควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรด้านการแพทย์</p> <p>5) สาธิตการดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริงในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันรวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลได้แก่</p> <p>- กิจกรรมการอาบน้ำบนเตียงช่วยขจัดสิ่งสกปรกจากผิวหนัง</p> <p>3. ภายหลังจากการฝึกผู้วิจัยประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p> <p>4. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ทั้งหมดและเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย</p>	
สัปดาห์ที่ 5 (120 นาที หรือ 2 ชั่วโมง)	<p>1. บรรยายเกี่ยวกับเทคนิคการรับมือกับผู้สูงอายุ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้สูงอายุพลุ่งพล่านหรือเรียกร้องแปลกๆ</li> <li>ผู้สูงอายุไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน</li> <li>ผู้สูงอายุมีการรับรู้ผิดปกติ</li> </ul>	<p>1. ตอบแบบสอบถามระดับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาและทดลองปฏิบัติเพื่อทบทวน</p> <p>2. ให้ความรู้เรื่องเทคนิคใน</p>	<p>1. แบบประเมินความรู้สึกรเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
	หลงผิด	การรับมือกับพฤติกรรมของ	2. Power
	• ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	ผู้สูงอายุโดยนำเทคนิคฮิว	point
	• ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	แมนนิจูดมาประยุกต์ใช้	ประกอบ
	• ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน	• พลุ่่งพ่่านหรือเรียกร้อ่ง	การให้ความรู้
	• ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่รับประทานอาหาร	แปลกๆ	ในการดูแล
	• ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่รับประทานอาหารเช้า	• การรับรู้ผิดปกติหลงผิด	ผู้สูงอายุ พร้อม
	• ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่ชอบอาบน้ำ	• พฤติกรรมก้าวร้าว	ภาพประกอบ
	2. การลงมือปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ	• พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	3. แผนการ
		• พฤติกรรมไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน	สอนการดูแล
		• พฤติกรรมไม่ชอบรับประทานอาหารเช้า	แบบ Human
		• พฤติกรรมไม่ชอบอาบน้ำ	nitude
		3. ผู้วิจัยเริ่มจากการทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ ก่อนนำไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ ร่วมกับการจัดกิจกรรม	4. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล
		4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลก่อนลงมือปฏิบัติจริง	5. สาคิตการดูแลผู้สูงอายุและให้สาธิตกลับ
		5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการดูแลกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลืออย่าง	6. แบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หลักการ	กิจกรรม	อุปกรณ์
		ใกล้ชิด 6. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ แสดงความคิดเห็นและ ซักถาม 7. ภายหลังจากการฝึก ผู้วิจัยประเมินผลการฝึก ปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับ การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	
<b>สัปดาห์ที่ 6</b> (30 นาที) <b>กิจกรรม</b> <b>ประเมินผล</b>	1. ประเมินผลความ รู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลเพื่อ ประเมินความเครียดในการ ดูแล 2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุ	กิจกรรมวัดและประเมินผล	1. แบบ ประเมิน ความรู้สึกเป็น ภาระของผู้ดูแล เพื่อประเมิน ความเครียดใน การดูแล 2. แบบวัด ความรู้เกี่ยวกับ การดูแล ผู้สูงอายุและ การดูแลด้วยฮิว แมนนิจูดโดย ผู้ดูแล



**ตารางที่ 3** การประยุกต์องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หลักการพยาธิสรีรวิทยาของแนวคิด ทฤษฎีกับกิจกรรมการดูแลที่ส่งผลต่อการลดความเครียดในการดูแล

องค์ประกอบการดูแล แบบฮิวแมนนิจูด	พยาธิสรีรวิทยาที่ส่งผล ต่อความเครียดในการดูแล	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
<p><b>การมองสบตา (Eye contact)</b> คือ การสื่อสารที่ถ่ายทอดความรู้สึกผ่านทางสายตาและเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงด้วยความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ</p> <p><b>ลักษณะการมองสบตาแบบฮิวแมนนิจูด</b></p> <p>การใช้สายตาที่สื่อถึงความรัก ความอ่อนโยน และมีความภาคภูมิใจหรือความปรารถนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>กลไกการมองสบตาจะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) และกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ limbic system ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความเป็นมิตร ทำให้ผู้ได้รับการดูแลรู้สึกถึงความผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือในการดูแล</p>	<p>1. เข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าและสายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่า ผู้ สูง อ า ยุ ระยะเวลาในการประสานสายตาคือ 15-20 ชม. ไม่เข้าทางด้านหลังหรือด้านข้างของผู้สูงอายุ</p> <p>2. เมื่อผู้สูงอายุมีสายตาจับจ้องมาที่ผู้ดูแล (Auto-feed back) แล้วผู้ดูแลควรมองผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการทำกิจกรรมต่างๆ</p> <p>3. การสบตา (Eye contact) ควรปฏิบัติควบคู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ตลอดในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ของการดูแลด้วย</p>	<p>1. ผู้สูงอายุมองเห็นผู้ดูแลได้ชัดเจน ผู้สูงอายุจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองตอบกลับ โดยสบตาผู้ดูแลกลับคืน (Auto-feedback) ซึ่งการมองนี้จะส่งความรู้สึกไปยังผู้สูงอายุ เพื่อให้รับรู้ว่าคุณดูแลให้ความเคารพเสมอ</p> <p>2. เพื่อลดความรู้สึกถูกละเลยหรือไม่เป็น การไม่ใส่ใจผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรู้สึกและสัมพันธ์ภาพที่ดี จากผู้ดูแลที่มอบให้</p>

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบการดูแล แบบฮิวแมนนิจูด	พยาธิสรีรวิทยาที่ส่งผล ต่อความเครียดในการดูแล	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
<p><b>การพูด (Speech) คือ</b> การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ที่คนคิดไปยังผู้ฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และช่วยแก้ไขความขัดแย้ง</p> <p><b>ลักษณะการพูดแบบฮิวแมนนิจูด</b></p> <p>การพูดกับผู้สูงอายุควรโดยใช้โทน เสียงต่ำ นุ่ม นวล มีจังหวะในการพูด ไม่ซ้ำหรือ เร็วเกินไป เน้นพูดด้วยคำพูดที่ไปในทางบวก พูดด้วยความเข้าใจ ความหวังดี ความห่วงใยจากผู้ดูแลด้วยถ้อยคำที่เป็นมิตร</p>	<p>กลไกการสื่อสารโดยวิธีการพูดนั้น เป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่งสาร (transmit te caregiver) ไปยังผู้รับสาร (Person receiving) โดยพลังงานมีจุดกำเนิดภายในสมอง พอผู้ส่งสารพูดออกไปเปรียบเหมือนเป็นการถ่ายทอดพลังงานจากสมองของผู้ส่งสาร ทำให้พลังงานของผู้ส่งสารลดลงไป และการที่ผู้รับสารสามารถเข้าใจและรับสารจากผู้ส่งสารได้เปรียบเหมือนเป็นการส่งพลังงานกลับมาที่ผู้ส่งสาร ทำให้ผู้ส่งสารมีพลังงานในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยเรื่องที่เราสื่อสารกันจะต้องเป็นเรื่องเดียวกันและมีความสอดคล้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กล่าวทักทาย ผู้สูงอายุ แนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การดูแล</li> <li>2. การพูดกับผู้สูงอายุ ควรใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล วาจาสุภาพ อ่อนหวาน มีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่ควรตะโกนหรือตะคอก พูดจាក้าวร้าว</li> <li>3. ผู้ดูแลควรพูดกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำเชิงบวก คือ การพูดให้กำลังใจ ปลอดภัย การพูดชื่นชม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก พร้อมเป็น ผู้รับฟังที่ดี ไม่ควรพูดตำหนิ กล่าวโทษ</li> <li>4. ควรพูดคุยกับผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลา ให้กิจกรรมการดูแล ร่วมกับการใช้เทคนิคการสบตา การสัมผัสควบคู่กันไป</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ</li> <li>2. แสดงถึงความใส่ใจ ขณะพูดคุย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก</li> <li>3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ เป็นการแสดงถึงความเคารพในผู้สูงอายุในความเป็นบุคคล และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์</li> <li>4. เพื่อแสดงออกถึงความใส่ใจ และส่งเสริมให้เกิดความเครียดในการดูแลลดลง</li> </ol>

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบการดูแล แบบฮิวแมนนิจูด	พยาธิสรีรวิทยาที่ส่งผล ต่อความเครียดในการดูแล	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
<p><b>การสัมผัส (Touch)</b> คือ การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดหรืออวัจนภาษา (Nonverbal communication) เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส</p> <p><b>ลักษณะการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด</b></p> <p>การสื่อสารผ่านทางร่างกายเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความห่วงใย</p>	<p>กลไกการสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้าโดยผ่าน myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ซึ่งทำหน้าที่คล้ายกับการทำสำเนา (copy machine) จากสมองส่วนทาลามัสจะส่งต่อไปที่คอร์เท็กซ์สมองส่วนหน้า และอีกส่วนหนึ่งส่งไปที่ amygdala กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟรินและกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้หลั่งสารอะซิติลโคลีน ส่งผลให้รู้สึกผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือในการดูแล</p>	<p>1. การวางฝ่ามือแบบเบา ๆ บริเวณที่ต้องการสัมผัส เช่น ไหล่ ควรวางมือด้วยน้ำหนักที่พอดีไม่ใช่การกดและจะค่อยๆ โถลลงไป คล้ายเครื่องบินกำลังจะลงจอด กางนิ้วมือออก ปล่อยให้บริเวณกว้างด้วยน้ำหนักมือที่พอดี ไม่หนัก หรือเบาเกินไป และก่อนที่จะถอยมือออกก็จะค่อยๆ ถอยออกไป คล้ายกับเวลาเครื่องบินจะขึ้น</p> <p>2. ใช้การสัมผัสแบบการประคอง ทำได้โดยใช้มือประคองจากด้านล่าง และใช้มืออีกข้างช่วยประคองตาม</p> <p>3. การสัมผัส เช่น การเช็ดตัวผู้สูงอายุ ควรเริ่มจากด้านหลัง โดยจะเริ่มสัมผัสอย่างช้าๆ กว้างๆ นุ่มนวล อ่อนโยนจากบริเวณ</p>	<p>1. เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุคลายการหดเกร็งได้ หากการสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนจะทำให้ผู้รับการสัมผัสผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการดูแล</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี มีความสุขเกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความเป็นมิตร ไม่ต่อต้านในการให้การดูแล</p> <p>3. เพราะหลังเป็นส่วนของร่างกายที่มนุษย์ยอมให้สัมผัสได้ง่าย และมีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด</p> <p>4. เนื่องจากการสัมผัสดังกล่าวให้ความรู้สึกเหมือนการถูกจับกุมหรือถูกคุมคาม ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อต้านในการดูแล</p>



## ตารางที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบการดูแล แบบฮิวแมนนิจูด	พยาธิสรีรวิทยาที่ส่งผล ต่อความเครียดในการดูแล	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
		<p>ด้านหลังของผู้สูงอายุ พยายามกระชับแขน ผู้สูงอายุเข้าหาตัว ผู้ดูแล</p> <p>3. ผู้ดูแลควรเริ่ม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ เปลี่ยนจากท่านอน เป็นท่านั่ง ยืน และ เดิน</p> <p>4. พยาบาลควร สังเกตลักษณะ ผิดปกติ สัญญาณชีพ ของผู้สูงอายุก่อนการ ให้การดูแลและขณะ ให้การดูแล</p>	<p>ขับและกระบวนการเผา ผลาญดีขึ้น</p> <p>3. เพื่อป้องกันอาการ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด และแผลกดทับ</p> <p>4. หากพบอาการผิด ปกติ จะได้หยุดพัก ประเมินและสอบถาม อาการเป็นระยะ</p>
<p><b>การให้ความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุ</b></p> <p>การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ หรือมีข้อจำกัดในเรื่อง เทคนิคการดูแล หรือการ ดูแลกลุ่มที่ยากลำบากใน การดูแล เช่น กลุ่มที่มี ภาวะพึ่งพิง ติดเตียง กลุ่ม สมองเสื่อม และกลุ่มโรค เรื้อรัง</p>	<p>ผู้ดูแลมีความรู้ก็สามารถ จัดการกับปัญหาต่างๆได้ และลดความเครียดลงได้จาก การขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการให้การดูแล นอกจากนี้ เมื่อผู้ดูแลขาดความรู้ในการ ดูแล ทำให้เกิดการลองผิด ลองถูก และอาจทำให้ผู้ดูแล เกิดความเครียดได้</p>	<p>1. ให้ความรู้ในการ เปลี่ยนแปลงในวัย สูงอายุ</p> <p>2. ให้ความรู้ในเทคนิค การดูแลกิจวัตร ประจำวันและการ จัดการพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสม</p>	<p>1. วัยสูงอายุเป็นวัยที่มี การเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจหาก ผู้ดูแลมีความรู้ทำให้ สามารถเข้าใจผู้สูงอายุ มากขึ้น</p> <p>2. ผู้ดูแลสามารถให้การ ดูแลผู้สูงอายุได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสมและ จัดการกับพฤติกรรม กรรมที่ไม่เหมาะสม กับผู้สูงอายุได้</p>

ตารางที่ 4 การประยุกต์การจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของ Ginesste & Marescotti (2008)

ประเภท	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย
กลุ่มที่ 1	ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยตนเองได้	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทั้งหมด</li> <li>กระตุ้นการเคลื่อนไหวออกจากเตียง การนั่งข้างเตียง การเดินรอบเตียง การเดินเข้าห้องน้ำ ลดการนอนพัก</li> <li>ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง</li> </ol>
กลุ่มที่ 2	ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้ นาน 40 วินาทีแต่ต้องนั่งพักเป็นระยะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</li> <li>กระตุ้นการเคลื่อนไหวข้างเตียง การนั่งห้อยขาข้างเตียง การยืนข้างเตียง และการเดินรอบเตียง</li> <li>ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง</li> </ol> <p>ในระหว่างทำกิจกรรมเฝ้าสังเกตอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หากมีอาการให้นั่งพักและหยุดทำกิจกรรม</p>
กลุ่มที่ 3	ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้ น้อยกว่า 40 วินาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</li> <li>กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียงและข้างเตียง การนั่ง ศีรษะสูง การนั่งห้อยขาข้างเตียงหรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง และการยืนข้างเตียง</li> <li>ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยตนเอง</li> </ol> <p>ในระหว่างทำกิจกรรมเฝ้าสังเกตอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หากมีอาการให้นั่งพักและหยุดทำกิจกรรม</p>

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ประเภท	ความสามารถ ในการช่วยเหลือ ตนเอง	กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย
กลุ่มที่ 4	ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยืนได้ แต่ยังสามารถนั่งได้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน</li> <li>2. กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง การนั่งศีรษะสูง การนั่ง โดยไม่พิงพนัก การนั่งห้อยขาข้างเดียว หรือพานั่ง รถเข็นไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ</li> <li>3. ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยตนเอง ร่วมกับพยาบาลช่วยทำกิจกรรม ในระหว่างทำกิจกรรม เผื่อสังเกตอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หากมีอาการให้นั่งพักและหยุดทำกิจกรรม</li> </ol>
กลุ่มที่ 5	ผู้สูงอายุที่มีปัญหาติดเตียง (bed ridden) หรือ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน หรือทั้งหมด</li> <li>2. กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง การจัดทำนั่งศีรษะสูง การนั่งโดยมีพนักพิง และการนั่งห้อยขาข้างเดียว</li> <li>3. ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยพยาบาล ช่วยทำร่วมกับกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง</li> </ol> <p>ในระหว่างทำกิจกรรมเผื่อสังเกตอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หากมีอาการให้นั่งพักและหยุดทำกิจกรรม</p>

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฉันทน์นันทน์ พุฒิวัฒนธราดล (2560) ศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียว วัตแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 16 คู่ ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดแก่ผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย การมองสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) หลังให้การพยาบาลตามโปรแกรมทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้งระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างต่อเนื่อง หลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เสาวนีย์ เปรมทอง (2560) ศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ให้การพยาบาลตามโปรแกรมดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง ประเมินผลการจัดกิจกรรมภายหลัง 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 180 นาที รวม 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มณิสรา สุศิริรัตน์ (2556) ศึกษาผลของ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียดมากที่สุดสามลำดับแรกภายในศูนย์การจัดสวัสดิการและสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค คือ ด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน อิศระในการตัดสินใจ และความเสี่ยงจากการทำงานเช่น แยกกลุ่มตำแหน่งงานออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 หมายถึงตำแหน่งที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ พี่เลี้ยงคนชรา พยาบาล และนักรักษาพยาบาล และกลุ่มที่ 2 ตำแหน่งที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้สูงอายุบางเวลา ได้แก่ ครูฝึกอาชีพสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและนักสังคมสงเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่าพบว่ามีระดับความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ 2 นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบว่าความเครียดในการทำงานเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น เรื่องส่วนตัว อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตต์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ใน



ระดับปานกลาง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hawranik และคณะ (2008) ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาด้วยการสัมผัส (Therapeutic Touch) ในผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่พักอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยอาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยต้องผ่านการอบรมเทคนิคการสัมผัสก่อนให้การทดลอง จากนั้นอาสาสมัครเข้าทำกิจกรรมสัมผัสผู้สูงอายุติดต่อกันมากกว่า 5 วันในช่วงตอนเย็น นาน 30-40 นาที ผลการวิจัยพบว่า สามารถช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ คือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายก้าวร้าวทางกาย และกลุ่มที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่ไม่ก้าวร้าวทางกาย ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาไม่พบความแตกต่างกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

Honda et al. (2013) ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามแนวคิด Humanitude ของฝรั่งเศส ณ โรงพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติในประเทศญี่ปุ่น โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาล จำนวน 23 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามแนวคิด Humanitude ของฝรั่งเศสโดยใช้ระยะเวลา 5 วัน พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลจะมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนปัญหาของ ส่วนหลังการ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น

Ito และคณะ (2015) ศึกษาผลของการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตามฮิวแมนนิจูดในประเทศญี่ปุ่น ผลการวิจัยพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาในผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง รวมถึงการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Cladia (2014) ศึกษาผลของการให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสาธิตและฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้แก่ผู้ดูแลมีประโยชน์ต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

Aung และคณะ (2016) ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการวิเคราะห์ภาพ (visualization system) เพื่อเรียนรู้ประสิทธิภาพของลักษณะของการดูแล การสื่อสารและทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิด Humanitude เมื่อใช้กระบวนการทั้ง 4 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่ การ

สบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ผลการวิจัยพบว่า เป็นทักษะที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์เหมาะสมสำหรับนำไปฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

Mio และคณะ (2015) ศึกษาผลของการใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและผู้สูงอายุสมองเสื่อมในญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่า การใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในการดูแลสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุลงได้

Delmas (2013) ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ด้วยวิธีการดูแลตามแนวคิด Humanitude โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ อายุเฉลี่ย 85 ปี อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศฝรั่งเศส จำนวน 111 คน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 52 และมีความยากในการให้การพยาบาล เช่น การอาบน้ำร้อยละ 52 โดยโปรแกรมการฝึกอบรมให้แก่ผู้ดูแล แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 5 วัน และฝึกปฏิบัติ 3 วัน วัดผลจากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และหลังการฝึกอบรม ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพมีการอาบน้ำให้ผู้ป่วยอัลไซเมอร์อยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและให้ความร่วมมือในการให้การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลนั้น เป็นวิธีการที่จัดกระทำต่อการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุและต้องให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา ซึ่งเป็นเทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่ง่าย ลดภาระของผู้ดูแลและยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การให้ความรู้และสาธิตให้ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้เหมาะสม และเข้าใจในการดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล การดูแลง่ายขึ้นและทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการดูแล พบว่า ความเครียดในการดูแลเป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความรู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึกเป็นปัญหาในการดูแลของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุ (Pearlin et al., 1990) จากภาวะโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุมีผลต่อการร่วมมือในการดูแล รวมถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้การดูแลยากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด กัดดัน ท้อแท้ เบื่อหน่าย ในผู้ดูแลตามมา โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมี 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล การต่อต้านการดูแล ส่งผลให้เวลาที่ใช้ในการทำแต่ละกิจกรรมต้องใช้เวลายาวนานขึ้น การให้การดูแลยากขึ้น และปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะโรคที่เป็นทำให้เกิดการลองผิดลองถูก ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดเกิดขึ้น

ดังนั้นการได้นำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลโดยแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยโปรแกรมเป็นรูปแบบกิจกรรมการดูแลโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ด้วยการให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยกิจกรรมในโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง ร่วมกับนำแนวคิด Pearlin et al. (1990) มาจัดเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นวัดความรู้สึกเป็นภาระเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล ดังกรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดงไว้ในภาพที่ 4



## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลตามแนวคิด Pearlin et al. (1990) ร่วมกับแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Ginesste & Marescotti (2008)	
องค์ประกอบ	ขั้นตอนกิจกรรม
<p><b>1. การสบตา (Eye contact)</b> คือ การสบตา ด้วยสายตาอ่อนโยน เพื่อ แสดงถึงความรัก ความห่วงใยและความปรารถนาดี ไปสู่ผู้สูงอายุ</p> <p><b>2. การพูด (Speech)</b> คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด ด้วย โทนเสียงต่ำ น้ำเสียง นุ่มนวล เพื่อให้กำลังใจ ปลอดภัย และ กระตุ้น ระบายความรู้สึก ทำให้ เกิด ความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแล</p> <p><b>3. การสัมผัส (Touch)</b> คือ การสัมผัสอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล ด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ทำให้ เกิดความอบอุ่น เกิดกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล</p> <p><b>4. การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality)</b> คือ การจัดทำ ให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉาก กับพื้น เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การส่งเสริม การเคลื่อนไหวร่างกาย การยืนหรือ การเดิน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</p>	<p>กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที) ประเมินความเครียดในการดูแล สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล และทัศนคติในการดูแลและสอนผู้ดูแลในหัวข้อ ความสำคัญของผู้ดูแล การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุและ กิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรมสร้างปฏิสัมพันธ์ และแสดงทัศนคติในการเป็นผู้ดูแล และกิจกรรมฝึกปฏิบัติการดูแล กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ</p> <p>กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 120 นาที) สอนผู้ดูแล ในหัวข้อหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ Humanitude”</p> <p>กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 120 นาที) สอนผู้ดูแลในหัวข้อ การเรียนรู้เทคนิค “การสบตาและการพูด” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ การสบตาและการพูด”</p> <p>กิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 120 นาที) สอนผู้ดูแลในหัวข้อ การเรียนรู้เทคนิค “การสัมผัสและการจัดทำตั้งตรง” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ การสัมผัสและการจัดทำตั้งตรง”</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 5 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 120 นาที) สอนผู้ดูแลในหัวข้อเทคนิคการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและ ทบหวนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “ฝึกปฏิบัติทบทวนการดูแล Humanitude ทั้ง 4 องค์ประกอบ”</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 6 (หลังดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที) เก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล และวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p>

ความ  
เครียด  
ในการ  
ดูแลของ  
ผู้ดูแล

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับกิจกรรม

ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดยเก็บข้อมูลหลายครั้ง ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง ข้อดีคือ ทำให้ทราบพัฒนาการของกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่ต่างกันและทราบพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร (กิตติยา วงษ์จันทร์, 2562) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำกัด ในกรณีที่มีการเก็บข้อมูลหลายครั้งอาจจะทำให้เกิดความอ่อนไหว (Sensitization) ของกลุ่มตัวอย่างและทำให้รู้ว่าผู้วิจัยต้องการวัดอะไร

สำหรับการวัดผลจะทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้งและระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์เท่ากัน มีรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้

#### รูปแบบการวิจัย

##### กลุ่มทดลอง

- |  |       |   |       |       |       |       |       |
|--|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | $O_1$ | X | $O_2$ | $O_3$ | $O_4$ | $O_5$ | $O_6$ |
|--|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
- $O_1$  หมายถึง การประเมินความเครียดในการดูแลก่อนให้โปรแกรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)  
 $O_2$  หมายถึง การประเมินความเครียดในการดูแลหลังให้โปรแกรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2)  
 $O_3$  หมายถึง การประเมินความเครียดในการดูแลหลังให้โปรแกรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)  
 $O_4$  หมายถึง การประเมินความเครียดในการดูแลหลังให้โปรแกรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4)  
 $O_5$  หมายถึง การประเมินความเครียดในการดูแลหลังให้โปรแกรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5)  
 $O_6$  หมายถึง การประเมินความเครียดในการดูแลหลังให้โปรแกรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6)  
X หมายถึง การให้กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้** คือ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2563 ถึง 21 มกราคม 2564 คัดเลือกมาจากจำนวน 27 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

### 1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1.1 ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 1.2 ผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 1.3 ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อยขึ้นไปจนถึงระดับมาก ประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ฉบับแปลภาษาไทย โดยชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ซึ่งพัฒนาโดย ซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป (แบบประเมินภาระของผู้ดูแล)
- 1.4 ทำงานอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี (เนื่องจากผู้ดูแลจะเข้าใจบริบทของศูนย์และตัวผู้ดูแลเป็นอย่างดี ความเครียดที่เกิดขึ้นมาจากการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก)
- 1.5 ผู้ดูแลผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

### 2. เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 2.1 ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติแบบฮิวแมนนิจูดได้ โดยผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สามารถขาดการเข้าร่วมกิจกรรมได้เลย เนื่องจากโปรแกรมมีการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง
- 2.2 ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระ ประเมินโดยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลซึ่งพัฒนาโดย ซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) โดยมีคะแนนต่ำกว่า 21 คะแนน

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้หลักการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก (Convenience Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ เกณฑ์ของ (Maxwell & Delaney, 2004) คือ รูปแบบงานวิจัยแบบ One-way Repeated measures ANOVA จำนวนกลุ่มตัวอย่าง +10 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 15 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บเพิ่มร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับเพิ่มอีก 3 คน รวม 18 คน

จากจำนวนผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 27 คน จากการคัดขนาดกลุ่มตัวอย่างยังมีผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัยอยู่จำนวน 9 คน ซึ่งจะปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิด Selection bias หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยเลือกช่วงเวลาในการเข้าอบรมที่เป็นช่วงเวลาที่ไม่ใช่ช่วงที่ต้องปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้ผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าร่วมอบรมเพิ่มภาระงานมากเกินไป โดยจะทำการตกลงเวลาร่วมกับเจ้าหน้าที่ภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค และผู้ดูแลอีกครั้ง ก่อนวันเข้าร่วมโปรแกรม โดยสำหรับผู้ดูแลที่ไม่ได้ร่วมงานวิจัยผู้วิจัยได้มอบหมายให้ผู้ดูแลที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมจะถ่ายทอดข้อมูลให้แก่ผู้ดูแลอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมการอบรม อีกทั้งผู้วิจัยได้แจกคู่มือให้แก่ผู้ดูแลทุกคนในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค ดังแสดงรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 5** ร้อยละของผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัวอื่นๆ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n = 18)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	5	27.8
หญิง	13	72.2
<b>อายุ (ปี)</b>		
20 – 29 ปี	1	5.6
30 – 39 ปี	4	22.2
40 – 49 ปี	5	27.8
50 – 59 ปี	8	38.9
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	1	5.6

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n = 18)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	18	100
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	7	38.9
คู่	7	38.9
หม้าย	1	5.6
หย่า	2	11.1
แยกกันอยู่	1	5.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	5	27.8
มัธยมต้น	5	27.8
มัธยมปลาย/ปวส.	7	38.9
ปริญญาตรี	1	5.6
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
<b>อาชีพ</b>		
พนักงานของรัฐ	7	38.9
ข้าราชการ	0	0
รับจ้าง/ลูกจ้าง	11	62.1
อื่นๆ	0	0
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 5,000 บาท	0	0
5,001-10,000 บาท	7	38.9
มากกว่า 10,001 บาท	11	61.1
<b>โรคประจำตัวอื่นๆ</b>		
ไม่มี	16	88.9
มี	2	11.1



### จากตารางที่ 5 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลแพศหญิง ร้อยละ 72.2 เป็นผู้ดูแลเพศชายร้อยละ 27.8 เมื่อพิจารณาถึงอายุพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.9 ทั้งกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ในส่วนของสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ พบว่า สถานภาพโสดกับคู่มิจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 38.9 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาแล้วพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมปลาย/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 38.9 โดยมีอาชีพเป็นผู้ดูแล ในตำแหน่งรับจ้าง/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 62.1 ในส่วนของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า มีรายได้มากกว่า 10,001 บาท และเมื่อพิจารณาโรคประจำตัวอื่นๆ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.9

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการ 076.1/63 ออกให้ ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2563 (ดังเอกสารในภาคผนวก ) อีกทั้งได้ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการทดลองได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับและถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้นการนำเสนอข้อมูลทั้งหมดมีลักษณะเป็นการนำเสนอแบบภาพรวม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

**ชุดที่ 1** เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัวอื่นๆ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ให้เลือกตอบ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 3 ท่าน โดยทั้ง 5 ท่านได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้ว จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008)

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะและมีข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสมมากขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะดังนี้

1. คำถามเกี่ยวกับอาชีพเพื่อความชัดเจนควรปรับลักษณะในส่วนของการบรรจุแต่งตั้งในอาชีพ เช่น พนักงานของรัฐ ข้าราชการ ฯลฯ
2. คำถามเกี่ยวกับโรคประจำตัวอื่นๆ เสนอแนะว่าควรบอกระยะเวลาของการมีโรคประจำตัวและระบุว่าเป็นโรคอะไร

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยามหรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.875

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เมื่อไม่มีข้อเสนอนแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถตอบและเข้าใจข้อคำถาม

**ส่วนที่ 2** แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพัฒนาโดย ซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) (ใช้เวลา 10-15 นาที) มีจำนวน 22 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-88 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีความรู้สึกเป็นภาระมาก โดยในการใช้เครื่องมือนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้แปลเครื่องมือโดยส่งจดหมายอย่างเป็นทางการจากคณะพยาบาลศาสตร์

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

โดยแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสัมภาษณ์นี้เป็นการสัมภาษณ์ที่สะท้อนความรู้สึกในการให้การดูแลผู้อื่น โดยในแต่ละคำถามจะให้เลือกคำตอบที่บอกถึงความรู้สึกของผู้ตอบในปริมาณมากน้อยตามคะแนนดังนี้

**ประจำ** หมายถึง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำสม่ำเสมอ (ร้อยละ 76-100)

**บ่อยครั้ง** หมายถึง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 51-75)

**บางครั้ง** หมายถึง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-50)

**นาน ๆ ครั้ง** หมายถึง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยครั้ง (ร้อยละ 1-25)

**ไม่เคยเลย** หมายถึง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

#### เกณฑ์การให้คะแนน

4 = ประจำ	3 = บ่อยครั้ง
2 = บางครั้ง	1 = นาน ๆ ครั้ง
0 = ไม่เคยเลย	

สำหรับเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนแปลผลความรู้สึกเป็นภาระ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (ชนัญชิตาคุชฎีทูลศิริ และคณะ, 2554)

61-88	รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับมาก	(severe burden)
41-60	รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับปานกลาง	(moderate)
21-40	รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับน้อย	(mild burden)
<21	ไม่รู้สึกเป็นภาระการดูแล	(no burden)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินนี้ผู้แปลใช้ในการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้นำมาแปลเป็นไทยและหาค่าความเที่ยงเครื่องมือได้เท่ากับ 0.92 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวอย่างกลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อคำนึงถึงบริบทของเวลาและสถานที่และกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแปลงแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงต้องมีการปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของการวิจัย (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2561) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008)

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะและมีข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสมมากขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะดังนี้

1. ข้อที่ 1 เสนอแนะว่า ให้ใส่เป็น “ผู้สูงอายุในความดูแล”
2. ข้อที่ 16 เสนอแนะว่า ให้ใส่เป็น “ไม่สามารถอดทนดูแลผู้สูงอายุได้ หรือจะดูแลได้อีกไม่นาน”
3. ข้อที่ 17 เสนอแนะว่า ให้เติมว่า “ตั้งแต่มาทำงานเป็นผู้ดูแล”
4. ข้อที่ 18 เสนอแนะว่า ให้เปลี่ยนเป็น “ทำนอยากเลิกทำอาชีพนี้”

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยามหรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (ฉบับภาษาไทย) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.818

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลซึ่งพัฒนาโดย ซาริท และซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุณวุฒิศิริ และคณะ (2554) ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 20 คนและนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.89

**ชุดที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล

1. โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้องตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับฮิวแมนนิจูดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโดยผสมผสานแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความจำเสื่อมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค

2) ผู้วิจัยเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อฝึกปฏิบัติการให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดจากผู้เชี่ยวชาญจากประเทศฝรั่งเศสและญี่ปุ่น จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 13 - 15 มีนาคม 2562 เป็นเวลา 3 วัน ณ ห้องประชุมอาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ

3) สรุปเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดเนื้อหาสาระที่สำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียด ได้แก่ หลักการวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

**ขั้นตอนที่ 2** กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ โดยผสมผสานการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมองสบตา (Eye contact) การพูด (Speech)

การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ร่วมกับกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
- 2) ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
- 3) ที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด
- 4) เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้ทั้ง 4 องค์ประกอบ
- 5) เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุร่วมกับการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาประยุกต์ใช้

- 6) การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

จัดทำแผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและมีการประเมินผลก่อน ระหว่างการทดลอง 5 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง (ประเมินผลทุก 1 สัปดาห์)

**ขั้นตอนที่ 3** การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มีความเหมาะสมของกิจกรรมสื่อที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือใช้ในโปรแกรม ได้แก่

- 1) สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด วัตถุประสงค์การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและการนำเสนอ PowerPoint ประกอบการบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการฝึกอบรม

- 2) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแลและคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดสำหรับพยาบาล โดยจัดทำเป็นรูปเล่มกะทัดรัด สะดวกและง่ายต่อการพกพา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**2.1 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม โดยคู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลโดยใช้การดูแลแบบ Humanitude ร่วมกับการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งตัวผู้สูงอายุและตัวผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 2) ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
- 3) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คืออะไร

- 4) หลักของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
- 5) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
- 6) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ
- 7) การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

## 2.2 คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดสำหรับพยาบาล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม โดยคู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้เป็นแนวทางในการให้ความรู้กับผู้ดูแลโดยใช้การดูแลแบบ Humanitude ร่วมกับการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) สัปดาห์ที่ 1 สร้างปฏิสัมพันธ์และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการ
- 2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
- 3) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูด
- 4) สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเทคนิคการ “การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง” แบบฮิวแมนนิจูด
- 5) สัปดาห์ที่ 5 การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับ “การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุ” และทบทวนการดูแลผู้สูงอายุตามแบบฮิวแมนนิจูดผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโปรแกรมการส่งเสริมการดูแล

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแลประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแลและคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดสำหรับพยาบาล ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไข จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม โดยภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้ปรับแก้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ปรับระบุตำแหน่งระดับสายตาในการมองผู้สูงอายุและเพิ่มระยะห่างของการมองตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดและปรับแก้อธิบายให้มีความละเอียดมากขึ้น
2. ผู้วิจัยได้เพิ่มการอธิบายกิจกรรมให้ชัดเจนมากขึ้นในส่วนของ การสัมผัสตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดและปรับแก้อธิบายให้มีความละเอียดมากขึ้น
3. ผู้วิจัยนำภาพมาประกอบแทนการบรรยายมากขึ้นเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจมากขึ้น
4. ผู้วิจัยได้ปรับให้มีความสม่ำเสมอของการใช้ภาษาทั้งฉบับให้เข้าใจง่ายขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แล้วนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้ (Try out) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล ในเรื่องรูปแบบของกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนำไปทดลองใช้จริงพบว่า มีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา กิจกรรมกับระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ใน การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยสามารถปฏิบัติได้จริง ผู้ดูแลผู้สูงอายุอธิบายเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและคู่มือการดูแลมีความ ชัดเจน อ่านง่าย เข้าใจง่ายและสามารถสาธิตย้อนกลับได้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ส่วนที่ 2** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความรู้ของผู้ดูแลก่อนนำไปให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 1 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 6 โดยหลังจากวัดความรู้ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะมีการเฉลยข้อที่ถูกต้องให้แก่ผู้ดูแลและอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจและซักถามเพิ่มเติม (ใช้เวลา 10-15 นาที)

โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ แบบวัดความรู้ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ แล้วเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและเทคนิคการนำองค์ประกอบทั้ง 4 ไปใช้ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ถ้าเลือกตอบ ไข่ ในข้อถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ไม่ใช่ ในข้อถูก ให้ 0 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับและแปลความหมาย (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971 อ้างใน สนิทวัฒน์ คุณเวียง, 2555 ) ได้ดังนี้

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
ช่วงคะแนน 11 คะแนนขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง
ช่วงคะแนน 6-10 คะแนน	ร้อยละ 60 – 79	ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 0-5 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60	ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลต้องผ่านแบบวัดความรู้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (11 คะแนนขึ้นไป) จากคะแนนเต็ม ทั้งหมด 14 คะแนน



2. หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะมีการทบทวน โดยให้ศึกษาความรู้จากคู่มือเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ทำแบบทดสอบอีกครั้งจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูงจึงจะสามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุได้

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไข จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม โดยภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้ปรับแก้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

#### ข้อ 10 เพิ่มการเน้นการพูดเชิงบวกมากกว่าการตั้งคำถาม

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แล้วนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้ จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า หรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.99 โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

#### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson estimates) : KR - 20 ซึ่งเป็น การวัดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal Consistency) ที่มีการให้คะแนนแบบ 0,1 (ผิด 0, ถูก 1) ค่าที่ได้คือ 0.93 มีความสอดคล้องในระดับดีมาก (Landis and Koch, 1977)

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 17 ข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของทักษะการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ 0 คะแนน

จากข้อคำถาม 17 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 17 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ และแปลความหมายได้ดังนี้ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
ช่วงคะแนน 13 – 17	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง
ช่วงคะแนน 7 – 12	ร้อยละ 60 – 80	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 0 – 6	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย

**เกณฑ์ประเมินผล** คือ การให้คะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลต้องปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูดมากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 80 (12 คะแนนขึ้นไป) จากคะแนนเต็มทั้งหมด 17 คะแนน
2. หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะมีการทบทวน โดยสาธิตเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลสาธิตอีกครั้งเพื่อประเมินผู้ดูแลใหม่จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถระดับสูงจึงจะสามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุได้

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

##### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแล ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาความสอดคล้องและความเหมาะสมในการนำไปใช้โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถาม

กับคำนิยาม หรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตร คำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

#### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) โดยผู้ประเมินเป็น

ผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้วจำนวน 2 คนต่อการสังเกตผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จากสูตรคำนวณ (Rosenthal and Rosnow, 1991 อ้างใน ฉันทน์นันทน์ พุฒวิวัฒน์ธราดล, 2560)

$$\text{ความเชื่อมั่นจากการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน}}{(\text{จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน} + \text{จำนวนที่ประเมินต่างเหมือนกัน})}$$

ผลค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตที่ได้จากการคำนวณ คือ 0.90 มีความสอดคล้องระหว่าง ผู้ประเมินที่ยอมรับได้ในทางปฏิบัติในระดับดีมาก (Landis and Koch, 1977 อ้างใน ฉันทน์นันทน์ พุฒวิวัฒน์ธราดล, 2560)

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินกิจกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากขั้นตอนการให้กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งขณะให้กิจกรรมผู้ดูแลต้องใช้หลักการฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานกับการดูแลตลอดการให้กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการป้องกันอาหาร การป้องกันการสำลัก 2) กิจกรรมการให้อาหารทางสายยาง 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปาก 4) กิจกรรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง 5) กิจกรรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับในผู้สูงอายุ 6) กิจกรรมการดูแลวัยระสับพันธุผู้สูงอายุ และ 6) กิจกรรมการอาบน้ำช่วยขจัดสิ่งสกปรกจากผิวหนัง ซึ่งจะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรม ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) เพื่อประเมินว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลได้หรือไม่ ประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ 0 คะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คะแนนในแต่ละกิจกรรม มีคะแนนระหว่าง 0 - 20 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
ช่วงคะแนน 15 – 20	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง
ช่วงคะแนน 8 – 14	ร้อยละ 60 – 80	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 0 – 7	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย

**เกณฑ์ประเมินผล** คือ การให้คะแนนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เนื่องจากเป็นกิจกรรมการดูแลเป็นการประเมินว่าผู้ดูแลได้ทำตามขั้นตอนหรือไม่ หากไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลได้ การดูแลก็จะไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะมีการทบทวน โดยสาคิตเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลสาธิตอีกครั้งเพื่อประเมินผู้ดูแลใหม่ จนกว่าจะสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลได้ ผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลได้ จึงจะสามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุได้

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

##### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาความสอดคล้องและความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008)

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะและมีข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสมมากขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะดังนี้

1. ปรับกิจกรรมการดูแลให้รวบรัด เข้าใจง่าย ไม่ยืดเยื้อ
2. ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายในแบบเดียวกัน

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 1.00 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือทฤษฎี และ

กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

#### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) โดยผู้ประเมินเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตมาแล้วจำนวน 2 คนต่อการสังเกตผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จากสูตรคำนวณ (Rosenthal and Rosnow, 1991 อ้างใน ฉันทน์นันทน์ พุฒิวัฒนธราดล, 2560)

$$\text{ความเชื่อมั่นจากการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน}}{(\text{จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน} + \text{จำนวนที่ประเมินต่างเหมือนกัน})}$$

ผลค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตที่ได้จากการคำนวณ คือ 0.93 มีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินที่ยอมรับได้ในทางปฏิบัติในระดับดีมาก (Landis and Koch, 1977 อ้างใน ฉันทน์นันทน์ พุฒิวัฒนธราดล, 2560)

#### การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง และขั้นตอนการประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัว ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้สูงอายุและเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบฮิวแมนนิจิต (Humanitude Care) และได้นำความรู้จากการอบรมมาฝึกปฏิบัติในการดูแลแบบฮิวแมนนิจิต เพื่อให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบฮิวแมนนิจิต

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจิตต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจิต แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล และแบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

3. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว

4. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเสนอต่ออธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

5. ขึ้นเตรียมสถานที่ เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง โดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยเสนอต่ออธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ และขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

## **ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ ครั้งละ 90-120 นาที เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2563 ถึง 21 มกราคม 2564 โดยผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### **ขั้นตอนการทดลอง**

1. ผู้วิจัยได้ประสานกับอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุและผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคในเรื่องการเข้าไปเก็บข้อมูลแล้ว โดยทั้งนี้ได้ อนุญาตและยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ฯ

2. หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์ฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอใช้อุปกรณ์สถานที่ในการทดลอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบและพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัยให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตราย และไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้สึกอึดอัดสามารถออกจากกรอบรม ได้ตลอดเวลา หรือไม่สามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรม ก็ไม่มีผลต่องานหรือการให้เงินเดือนของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากกรอบรมได้ตลอดเวลา

ในสัปดาห์แรกกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นปรับทัศนคติให้ผู้ดูแลรู้สึกให้ความสำคัญกับการเป็นผู้ดูแลและมีการสอบถามผู้ดูแลที่เข้าอบรมว่าต้องการได้รับความรู้ในกิจกรรมการดูแลเรื่องอะไร รวมถึงในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยจะมีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้นและไม่รู้สึกเบื่อหน่ายในการเข้าร่วมอบรม รวมถึงมีการสอบถามผู้เข้าร่วมอบรมทุกสัปดาห์ ถึงสิ่งที่ต้องการได้รับเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ หากพบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากและมีอาการแสดงของภาวะเครียดรุนแรง อาทิเช่น อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย หงุดหงิด มีพฤติกรรมผิดไปจากเดิม จะรายงานให้หัวหน้ากลุ่มงานรับทราบ และหัวหน้ากลุ่มงานจะรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นต่อไป เพื่อประเมินภาวะเครียดอย่างละเอียดอีกครั้งและส่งเข้ารับการรักษา และเก็บข้อมูลแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้เวลา 5-10 นาที ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที)** เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและทัศนคติในการดูแล และสอนผู้ดูแลในหัวข้อ ความสำคัญของผู้ดูแล การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุและ กิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรมสร้างปฏิสัมพันธ์และแสดงทัศนคติในการเป็นผู้ดูแลและกิจกรรมฝึกปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูดและกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ Humanitude” จากนั้นเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อ การเรียนรู้เทคนิค “การสบตาและการพูด” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ การสบตาและการพูด” จากนั้นเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อ การเรียนรู้เทคนิค “การสัมผัสและการจัดทำตั้งตรง” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ การสัมผัสและการจัดทำตั้งตรง” จากนั้นเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมครั้งที่ 5 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อเทคนิคการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและทบทวนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “ฝึกปฏิบัติทบทวนการดูแล Humanitude ทั้ง 4 องค์ประกอบ” จากนั้นเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมครั้งที่ 6 (หลังดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที)** เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแลและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

### ขั้นตอนที่ 3 ชั้นประเมินผลการทดลอง

1. ประเมินผลตามแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแลโดยประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังการทดลอง 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 30 นาที ประเมินผลความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประเมินพฤติกรรมดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ประเมินกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติ t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
4. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) โดยวัดคะแนนความเครียดของผู้ดูแล ก่อนร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง ระหว่างร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลเป็นรายคู่ (Pairwise post Comparisons) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มเดียว คือศึกษากลุ่มตัวอย่าง  
กลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design)

↓  
กลุ่มทดลอง 18 คน  
↓

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย ชี้แจง  
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระใน  
การดูแลของผู้ดูแล

↓  
ขั้นตอนการทดลอง (ระยะเวลา 6 สัปดาห์)

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที)** สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและ  
ทัศนคติในการดูแลและสอนผู้ดูแลในหัวข้อ ความสำคัญของผู้ดูแล การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุและ  
การดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรมสร้างปฏิสัมพันธ์และแสดงทัศนคติในการเป็นผู้ดูแล  
และกิจกรรมฝึกปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อหลักการดูแล  
แบบฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติ  
ในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ Humanitude”

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อการเรียนรู้  
เทคนิค “การสบตาและการพูด” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม  
“เรียนรู้และเข้าใจ การสบตาและการพูด”

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อการเรียนรู้  
เทคนิค “การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติใน  
กิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง”

**กิจกรรมครั้งที่ 5 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อเทคนิคการรับมือ  
กับปัญหาพฤติกรรมและทบทวนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “ฝึกปฏิบัติทบทวนการดูแล  
Humanitude ทั้ง 4 องค์ประกอบ”

**กิจกรรมครั้งที่ 6 (หลังดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที)** เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึก  
เป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในผู้ดูแล และวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

↓  
ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินความเครียดในการดูแล

ภาพที่ 5 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง (Polit & Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อน ระหว่าง และหลังให้กิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาวิจัยชนิดกลุ่มเดียว ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้งและระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อันวิเคราะห์ ได้แก่

**ตอนที่ 1** ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 6)

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

**ตอนที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล

**ตอนที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ดังแสดงรายละเอียดในตารางดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 6 และกราฟที่ 1

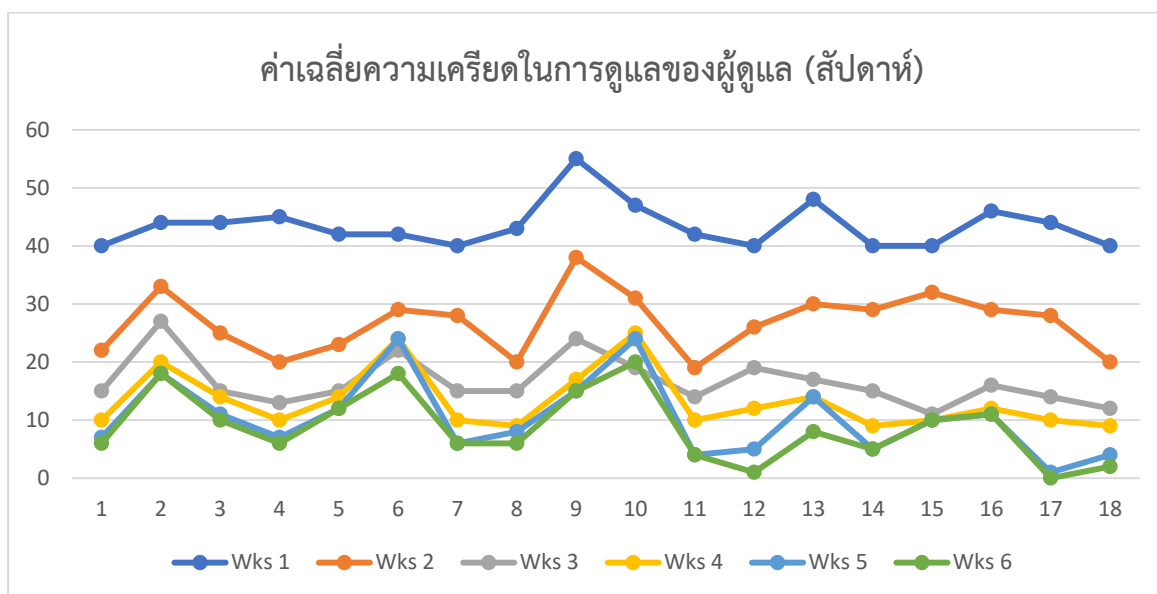
ตารางที่ 6 คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

	ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแล					
	ก่อนเข้าร่วม กิจกรรม N = 18 สัปดาห์ที่ 1	ระหว่าง เข้าร่วม กิจกรรม สัปดาห์ ที่ 2	ระหว่างเข้า ร่วม กิจกรรม สัปดาห์ที่ 3	ระหว่างเข้า ร่วม กิจกรรม สัปดาห์ที่ 4	ระหว่างเข้า ร่วม กิจกรรม สัปดาห์ที่ 5	หลังเข้าร่วม กิจกรรม สัปดาห์ที่ 6
1	40	22	15	10	7	6
2	44	33	27	20	18	18
3	44	25	15	14	11	10
4	45	20	13	10	7	6
5	42	23	15	14	12	12
6	42	29	22	24	24	18
7	40	28	15	10	6	6
8	43	20	15	9	8	6
9	55	38	24	17	15	15
10	47	31	19	25	24	20
11	42	19	14	10	4	4
12	40	26	19	12	5	1
13	48	30	17	14	14	8
14	40	29	15	9	5	5
15	40	32	11	10	10	10
16	46	29	16	12	11	11
17	44	28	14	10	1	0
18	40	20	12	9	4	2
<b>รวมคะแนน</b>	782	482	298	239	186	158
<b>SD</b>	3.869	5.298	4.190	5.062	6.607	5.966
<b>Mean</b>	43.44	26.78	16.56	13.28	10.33	8.78

### จากตารางที่ 6 พบว่า

1. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 มีคะแนนความเครียดในการดูแลแตกต่างกัน
2. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ ที่ 2 และระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 มีคะแนนความเครียดในการดูแล ใกล้เคียงกัน
3. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ ที่ 3 และระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความเครียดในการดูแลใกล้เคียงกัน
4. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ ที่ 4 และระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 มีคะแนนความเครียดในการดูแลใกล้เคียงกัน
5. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ ที่ 5 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนความเครียดในการดูแลใกล้เคียงกัน
6. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนความเครียดในการดูแลแตกต่างกัน
5. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนความเครียดในการดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
6. คะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 18 ราย ในบางรายมีค่าคะแนนผันผวน ไม่แน่นอน มีลักษณะเท่าเดิมหรือลดลง ที่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์

ภาพที่ 6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ( n=18) รายสัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6



จากภาพที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลรายสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย 18 ราย โดยแบ่งเป็นก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 7- 8 และกราฟที่ 2

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5) และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 6)

คะแนนความรู้สึกเป็นภาระ				
(ความเครียด)	Mean	SD	F-test	p-value
<b>ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม</b>				
(สัปดาห์ที่ 1)	43.44	3.869	106.642	.000
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม				
(สัปดาห์ที่ 2)	26.33	6.164		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม				
(สัปดาห์ที่ 3)	16.56	4.190		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม				
(สัปดาห์ที่ 4)	13.28	5.062		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม				
(สัปดาห์ที่ 5)	10.33	6.607		
<b>หลังเข้าร่วมกิจกรรม</b>				
(สัปดาห์ที่ 6)	8.78	5.966		

จากตารางที่ 7 พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 43.44 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแล ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ 26.33, 16.56, 13.28, และ 10.33 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เท่ากับ 8.78

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแล 6 ครั้ง เปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) จากผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติ  $F = 106.642$  และมีค่า  $P\text{-value} = .000$  สรุปได้ว่า คะแนนความเครียดในการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเป็นรายคู่

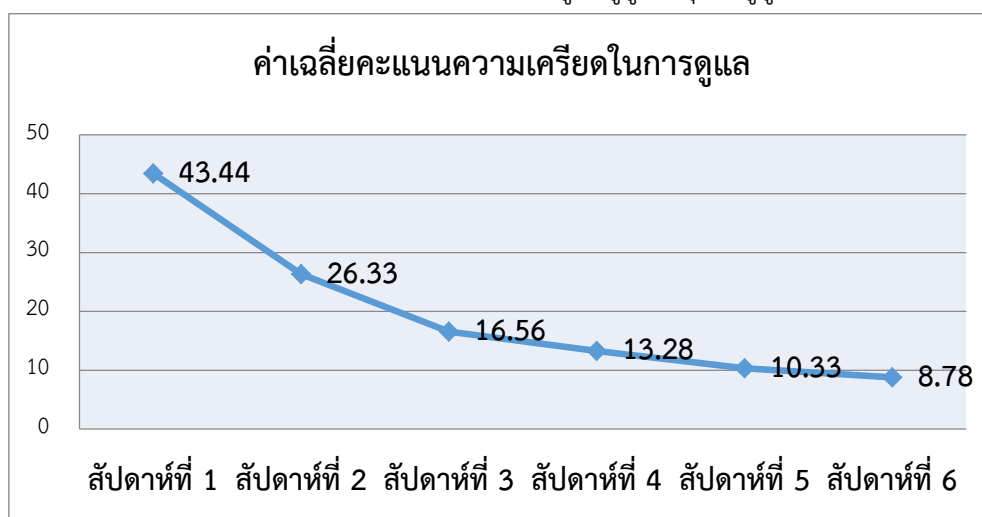
		Mean different					
ความรู้สึกเป็น	ก่อนเข้าร่วม	ระหว่างเข้า	ระหว่างเข้า	ระหว่างเข้า	ระหว่างเข้า	หลังเข้าร่วม	
ภาระ	กิจกรรม	ร่วมกิจกรรม	ร่วมกิจกรรม	ร่วมกิจกรรม	ร่วมกิจกรรม	กิจกรรม	
(ความเครียด)	(สัปดาห์ที่ 1)	(สัปดาห์ที่ 2)	(สัปดาห์ที่ 3)	(สัปดาห์ที่ 4)	(สัปดาห์ที่ 5)	(สัปดาห์ที่ 6)	
	(p-value)	(p-value)	(p-value)	(p-value)	(p-value)	(p-value)	
<b>ก่อนเข้าร่วม</b>							
<b>กิจกรรม</b>		17.111	26.889	30.167	33.111	34.667	
(สัปดาห์ที่ 1)		(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	
<b>ระหว่างเข้า</b>			9.778	13.056	16.000	17.556	
<b>ร่วมกิจกรรม</b>			(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	
(สัปดาห์ที่ 2)							
<b>ระหว่างเข้า</b>				3.278	6.222	7.778	
<b>ร่วมกิจกรรม</b>				(0.653)	(0.043)	(0.004)	
(สัปดาห์ที่ 3)							
<b>ระหว่างเข้า</b>					2.944	4.500	
<b>ร่วมกิจกรรม</b>					(0.750)	(0.293)	
(สัปดาห์ที่ 4)							
<b>ระหว่างเข้า</b>						1.556	
<b>ร่วมกิจกรรม</b>						(0.980)	
(สัปดาห์ที่ 5)							

จากตารางที่ 8 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และหลังสำเร็จกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแล ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3, 4, 5 และหลังสำเร็จกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแล ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4, 5 ไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแล ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 และหลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 ไม่มีความแตกต่างกัน

**ภาพที่ 7** กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=18)



จากภาพที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลงกว่าค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในทุกสัปดาห์

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนวัดความรู้	N	X	SD	t	Sig.
ก่อนเรียน	18	11.17	1.425	7.274	.000
หลังเรียน	18	13.28	.752		

จากตารางที่ 9 พบว่า ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



**ตอนที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

**ตารางที่ 10** ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=18)

คะแนนพฤติกรรม	N	X	SD	t	Sig.
<b>การดูแล</b>					
ก่อน	18	11.67	1.24	15.497	.000
หลัง	18	16.22	.878		

จากตารางที่ 10 พบว่า ผลการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตอนที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=18)

คะแนนกิจกรรม	N	X	SD	t	Sig.
ก่อน	18	38.61	2.70	18.56	.000
หลัง	18	47.72	2.02		

จากตารางที่ 11 พบว่า ผลการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง (Polit & Beck, 2004)

เนื่องจากรูปแบบการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการสุ่มแต่เพื่อลดข้อเสียและเพื่อเป็นการยืนยันจุดแข็งที่ให้ผลที่ชัดเจนของการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียว จึงมีการวัดตัวแปรตามก่อนและหลังให้การทดลองหลายๆครั้ง ดังนั้นจึงทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้น การทดลอง 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

#### สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 คัดเลือกมาจากจำนวน 27 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จำนวน 18 คน อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อยขึ้นไปจนถึงระดับมาก

ประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ฉบับแปลภาษาไทย โดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ซึ่งพัฒนาโดย ซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป และทำงานอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี และผู้ดูแลผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัวอื่นๆ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ให้เลือกตอบ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระซึ่งพัฒนาโดย ซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) (ฉบับภาษาไทย) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎีทูลศิริ และคณะ (2554) (ใช้เวลา 10-15 นาที) มีจำนวน 22 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนน รวมมีค่าตั้งแต่ 0-88 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับมาก โดยในการใช้เครื่องมือนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและผู้แปลเครื่องมือโดยดำเนินการติดต่ออย่างเป็นทางการ โดยได้ส่งหนังสือขอใช้เครื่องมือที่คณะฯ ออกให้ไปยังต้นสังกัดของเจ้าของเครื่องมือ

#### ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแล

1. โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้องตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับฮิวแมนนิจูด และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

2) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการการดูแลโดยผสมผสานแนวคิด

ฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความจำเสื่อมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค

2) ผู้วิจัยเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อฝึกปฏิบัติการ ให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดจากผู้เชี่ยวชาญจากประเทศฝรั่งเศสและญี่ปุ่น จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 13 - 15 มีนาคม 2562 เป็นเวลา 3 วัน ณ ห้องประชุมอาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ

3) สรุปเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดเนื้อหาสาระที่สำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแล ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

**ขั้นตอนที่ 2** กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ โดยผสมผสานการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมองสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ร่วมกับกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
- 2) ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
- 3) ที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด
- 4) เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้ทั้ง 4 องค์ประกอบ
- 5) เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุร่วมกับการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาประยุกต์ใช้

6) การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ  
จัดทำแผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและมีการประเมินผลก่อน ระหว่างการทดลอง 5 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง (ประเมินผลทุก 1 สัปดาห์)

**ขั้นตอนที่ 3** การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมของกิจกรรมสื่อที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่

1) สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด วิดีทัศน์การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและการนำเสนอ PowerPoint ประกอบการบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการฝึกอบรม

2) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล และคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดสำหรับพยาบาล โดยจัดทำเป็นรูปเล่ม กะทัดรัด สะดวกและง่ายต่อการพกพา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**2.1 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม โดยคู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลโดยใช้การดูแลแบบ Humanitude ร่วมกับการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งตัวผู้สูงอายุและตัวผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 2) ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
- 3) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คืออะไร
- 4) หลักของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
- 5) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
- 6) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ
- 7) การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

### **2.3 คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดสำหรับพยาบาล**

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม โดยคู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้เป็นแนวทางในการให้ความรู้กับผู้ดูแลโดยใช้การดูแลแบบ Humanitude ร่วมกับการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) สัปดาห์ที่ 1 สร้างปฏิสัมพันธ์และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้ดูแล
- 2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
- 3) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด  
โดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูด
- 4) สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด  
โดยเทคนิคการ “การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง” แบบฮิวแมนนิจูด
- 5) สัปดาห์ที่ 5 การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับ “การรับมือกับปัญหา

พฤติกรรมผู้สูงอายุ” และทบทวนการดูแลผู้สูงอายุตามแบบฮิวแมนนิจูดผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ

**ส่วนที่ 2** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความรู้ของผู้ดูแลก่อนนำไปให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 2-5 (กิจกรรมครั้งที่ 2-5) เสร็จสิ้น โดยหลังจากวัดความรู้ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะมีการเฉลยข้อที่ถูกต้องให้แก่ผู้ดูแล และอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจ และซักถามเพิ่มเติม (ใช้เวลา 10-15 นาที)

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 17 ข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของทักษะการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินกิจกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากขั้นตอนการให้กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งขณะให้กิจกรรมผู้ดูแลต้องใช้หลักการฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานกับการดูแลตลอดการให้กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการป้อนอาหาร 2) การป้องกันการสำลัก 3) กิจกรรมการให้อาหารทางสายยาง 4) กิจกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปาก 5) กิจกรรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและลงจากเตียง 6) กิจกรรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับในผู้สูงอายุ 7) กิจกรรมการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ผู้สูงอายุ และ 8) กิจกรรมการอาบน้ำช่วยขจัดสิ่งสกปรกจากผิวหนัง ซึ่งจะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมลักษณะแบบประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

### การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง และขั้นตอนการประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัว ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความเครียดในผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) และได้นำความรู้จากการอบรมมาฝึกปฏิบัติในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อ

ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแล และแบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

3. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว

4. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเสนอต่ออธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

5. ขึ้นเตรียมสถานที่ เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง โดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยเสนอต่ออธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ และขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

## **ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ ครั้งละ 90-120 นาที เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2563 ถึง 21 มกราคม 2564 โดยผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### **ขั้นตอนการทดลอง**

1. ผู้วิจัยได้ประสานกับอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุและผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคในเรื่องการเข้าไปเก็บข้อมูลแล้ว โดยทั้งนี้ได้ อนุญาตและยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

2. หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้อุปกรณ์สถานที่ในการทดลอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบและพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัยให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตราย และไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้สึกอึดอัดสามารถออกจากกรอบมได้ตลอดเวลา หรือไม่สามารถปฏิบัติตามได้ตามโปรแกรม ก็ไม่มีผลต่องานหรือการให้เงินเดือนของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากกรอบมได้ตลอดเวลา

ในสัปดาห์แรกกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นปรับทัศนคติให้ผู้ดูแลรู้สึกให้ความสำคัญกับการเป็นผู้ดูแล และมีการสอบถามผู้ดูแลที่เข้าอบรมว่าต้องการได้รับความรู้ในกิจกรรมการดูแลเรื่องอะไร รวมถึงในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยจะมีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้นและไม่รู้สึกเบื่อหน่ายในการเข้าร่วมอบรม รวมถึงมีการสอบถามผู้เข้าร่วมอบรมทุกสัปดาห์ ถึงสิ่งที่ต้องการได้รับเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ หากพบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากและมีอาการแสดงของภาวะเครียดรุนแรง อาทิเช่น อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย หงุดหงิด มีพฤติกรรมผิดไปจากเดิม จะรายงานให้หัวหน้ากลุ่มงานรับทราบ และหัวหน้ากลุ่มงานจะรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับขั้นต่อไป เพื่อประเมินภาวะเครียดอย่างละเอียดอีกครั้งและส่งเข้ารับการรักษา และเก็บข้อมูลแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้เวลา 5-10 นาทีในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1** (ก่อนดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที) เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและทัศนคติในการดูแลและสอนผู้ดูแลในหัวข้อ ความสำคัญของผู้ดูแล การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุและกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรมสร้างปฏิสัมพันธ์และแสดงทัศนคติในการเป็นผู้ดูแล และกิจกรรมฝึกปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2** (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 120 นาที) สอนผู้ดูแลในหัวข้อหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อย



ในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ Humanitude” และเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อ การเรียนรู้เทคนิค “การสบตาและการพูด” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ การสบตาและการพูด” และเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อ การเรียนรู้เทคนิค “การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง” และกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “เรียนรู้และเข้าใจ การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง” และเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมครั้งที่ 5 (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 120 นาที)** สอนผู้ดูแลในหัวข้อ เทคนิคการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและทบทวนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จากนั้นปฏิบัติในกิจกรรม “ฝึกปฏิบัติทบทวนการดูแล Humanitude ทั้ง 4 องค์ประกอบ” จากนั้นเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล

**กิจกรรมครั้งที่ 6 (หลังดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที)** เก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล และวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

### **ขั้นตอนที่ 3 ชั้นประเมินผลการทดลอง**

1. ประเมินผลตามแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อประเมินความเครียดในการดูแล โดยประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังการทดลอง 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 30 นาที ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด และประเมินกิจกรรมในการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติ t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
4. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) โดยวัดคะแนนความเครียดในการดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลเป็นรายคู่ (Pairwise post Comparisons) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของกิจกรรมโดยใช้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ผลของการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

ผู้ดูแลที่ได้ใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อใช้กระบวนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speak) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) เป็นทักษะที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์เหมาะสมสำหรับนำไปฝึกอบรมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Aung et al., 2016) ผสานกับการให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองทั้งหมดมีความเครียดในการดูแล ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของมณีนสา สุศิริตัน (2556) ที่พบว่าผู้ดูแลภายในศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคมีความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ และตำแหน่งงานที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ พี่เลี้ยงคนชรา พยาบาล และนักกายภาพ มีระดับความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ตำแหน่งงานที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุยาวนานมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจ รวมถึงทักษะในการดูแลผู้สูงอายุจะส่งผลให้การดูแลยากขึ้น ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้านการดูแลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเครียดตามมา ซึ่งจากโปรแกรมการส่งเสริมการดูแล

ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

**สมมติฐาน** ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผู้ดูแลเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีภาวะฟุ้งฟิง หรือมีภาวะถดถอยรวมทั้งภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะติดเตียง หรือสมองเสื่อม จากพยาธิสภาพทางสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านการรู้คิด ด้านความจำ หรือมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม มีภาวะฟุ้งฟิงที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ รวมถึงต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน นับว่าเป็นงานที่หนักและก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลรวมทั้งผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมต่อต้านหรือไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแล และหากผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลเป็นระยะเวลานานก็จะส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่แย่งลง รวมถึงประสิทธิภาพในการดูแลลดลงด้วยเช่นกัน

โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการดูแล พบว่า ความเครียดในการดูแล เป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความรู้สึกลำบากหรือความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุ (Pearlin et al., 1990) ซึ่งจากภาวะโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุมีผลต่อการร่วมมือในการดูแล รวมถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้การดูแลยากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลกดดัน ท้อแท้ เบื่อหน่าย ในผู้ดูแลตามมา โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมี 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล การต่อต้านการดูแล ส่งผลให้เวลาที่ใช้ในการทำแต่ละกิจกรรมต้องใช้เวลายาวนานขึ้น การให้การดูแลยากขึ้น และปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะโรคที่เป็น ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดเกิดขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ดูแลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุภายในศูนย์ซึ่งให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้หากผู้ดูแลเข้าใจและมีทักษะในการให้การดูแลก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความสุขในการทำงาน และลดความเครียดในการดูแลได้

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องการความรัก ความเข้าใจ ผู้สูงอายุก็นจะทำให้ความร่วมมือในการดูแล เมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น เวลาที่ใช้ในการทำแต่ละกิจกรรมการดูแลสั้นลง ผู้ดูแลก็จะเครียดลดลงตามมา การดูแลจึงต้องใช้ความเคารพอ่อนน้อม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นที่รัก ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) โดยพัฒนามาจาก Gineste & Marescotti (2008) ที่กล่าวถึงหลักการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความผาสุก และความเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ที่ดีประกอบด้วย การพูดคุย การมอง การสัมผัส และการจัดท่าทาง ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ความร่วมมือในการดูแล ไม่ต่อต้านการดูแล เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลได้

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Ito และคณะ (2015) โดยศึกษาผลของการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตามฮิวแมนนิจูดในประเทศญี่ปุ่น พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาในผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง รวมถึงการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแลลงได้ อีกทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสาธิตและฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้แก่ผู้ดูแลมีประโยชน์ต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุ (Cladia, 2014)

นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับ การศึกษาของ Mio และคณะ (2015) ศึกษาผลของการใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและผู้สูงอายุสมองเสื่อมในญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่า การใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในการดูแลสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Delmas (2013) โดยวัดผลจากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพมีการอาบน้ำให้ผู้ป่วยอัลไซเมอร์อยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และให้ความร่วมมือในการให้การดูแล และการศึกษาของ Honda et al. (2013) พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมจะมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่หลังจากการทดลองพบว่า พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น การที่ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลหรือผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันล้วนส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้นและผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลลดลง

นอกจากการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลแล้ว ยังพบว่าสามารถช่วยลดพฤติกรรมและอารมณ์อื่นๆ ที่ส่งผลให้การดูแลยากขึ้น เช่น การศึกษาของ อัจฉรา

ภรณ์ อยู่ยังเกตุ (2560) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ธันยนันท์ พุฒิวัฒน์ธราดล (2560) ศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดแก่ผู้ดูแลหลัก ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างต่อเนื่อง หลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากความสอดคล้องที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุ เมื่อใช้กระบวนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (speak) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (verticality) เป็นทักษะที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจากการศึกษาของ Ito และคณะ (2015) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้สูงอายุทำให้การดูแลง่ายขึ้น ผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแลลงได้ และการศึกษาของ Mio และคณะ (2015) พบว่า การใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในการดูแลสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการช่วยลดปัญหาในด้านอื่นๆ ในผู้สูงอายุ อาทิเช่น การศึกษาของ ธันยนันท์ พุฒิวัฒน์ธราดล (2560) พบว่า ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ การศึกษาของ เสาวนีย์ เปรมทอง (2560) พบว่า ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ การศึกษาของ อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ (2560) พบว่า ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดสามารถลดภาวะวิตกกังวลได้ การศึกษาของ Honda et al. (2013) พบว่าการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ของ Ginesste & Marescotti (2008) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลโดยแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลและให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ความร่วมมือในการดูแล

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยให้ความรู้ในการดูแลผลานกับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดนั้น มีประสิทธิภาพส่งผลที่ดีต่อผู้สูงอายุและการให้การดูแลของผู้ดูแล อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการให้การดูแล ด้วยการให้การดูแลด้วยความรัก ความอ่อนโยนและเคารพในความเป็นมนุษย์ให้กับผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti

(2008) มาพसानในทุกขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้องค์ประกอบ 4 ประการ คือ การพูด การมอง การสัมผัส และการจัดทำในแนวตั้งตรง ร่วมกับการให้ความรู้ในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการให้กิจกรรมการพยาบาล การให้การดูแลง่ายขึ้นและส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลได้รวดเร็ว ง่ายและไม่เกิดความเครียดในการให้การดูแล

### ข้อสังเกตที่ได้จากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อสังเกตจากการดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดแก่ผู้ดูแล เป็นกลุ่มหลายคน อาจมีข้อจำกัดในการอบรมเนื่องจากผู้ดูแลมีหน้าที่หลักคือการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละเวร และผู้ดูแลมีจำนวนน้อย การเข้าร่วมกิจกรรมผู้ดูแลจำเป็นต้องสละเวลาในช่วงหลังจากดูแลผู้สูงอายุ และมาเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งจำเป็นต้องมีการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ดูแลได้เตรียมตัวและจัดสรรเวลาในการให้การดูแลให้เสร็จตามเป้าหมาย เมื่อผู้วิจัยได้แจ้งวันจัดกิจกรรมล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนในการส่งเวรในการทำงานหรือแลกวเรเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้ดูแลสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

2. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเป็นการดูแลด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดทำในแนวตั้งตรง มาประยุกต์ใช้กับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลคิดว่าสิ่งเหล่านี้ได้ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว เมื่อผู้วิจัยอธิบายให้ความรู้และสาธิตแก่ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้นและมีความรู้เข้าใจในทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดซึ่งมีความแตกต่างจากการดูแลปกติ อีกทั้งผู้ดูแลยังรู้สึกว่าการใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น

3. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ และฝึกฝน เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จากการทดลองพบว่าเมื่อใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดทักษะ มีความชำนาญ และสามารถเข้าหาผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็วทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีทักษะในการดูแลมากขึ้น

4. ผู้ดูแลคิดว่าการให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต้องใช้ระยะเวลาในการให้การดูแล แต่หลังจากลองสาธิตให้ผู้ดูแลดูโดยใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส ขณะให้การดูแล จะเห็นได้ว่าการใช้ทักษะเหล่านี้เราสามารถปฏิบัติพร้อมกับการดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมๆกัน เช่น ขณะให้การดูแลก็มีการพูดคุยและสอบถามอาการไปด้วย กล่าวชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ มีการสบตาเป็นระยะๆ และสัมผัสผู้สูงอายุตามแบบฮิวแมนนิจูด นอกจากจะไม่ได้เสียเวลามากแล้วยังทำให้ระยะเวลาในการให้การดูแลสั้นลง เนื่องจากผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การดูแลต่างๆจึงง่ายและรวดเร็วขึ้น

5. การให้ผู้ดูแลใช้วิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ถ้าผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย และมีสัมพันธภาพที่ดี จะสามารถส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลและสามารถใช้วิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุไว้วางใจ และคุ้นเคยมากขึ้น

นอกจากนี้ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ดูแล เกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล สามารถสรุปได้ดังนี้

### 1. ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1** “รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าเดิม ต้องมีความใจเย็นและอ่อนโยนมากกว่าเดิม มาทำงานตรงนี้ได้บุญ ผู้สูงอายุเปรียบเสมือนญาติของเราที่ต้องให้การดูแล ภูมิใจที่ได้มาอบรมและได้รับประสบการณ์ใหม่ๆ ได้รู้หลักในการเข้าหาผู้สูงอายุ การพูดคุย การสัมผัสอย่างถูกต้อง นอกจากนี้การดูแลต้องคำนึงถึงหลักการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ สุดท้ายขอขอบคุณที่ให้โอกาสได้มาอบรมและให้ความรู้และเทคนิคดีๆในการดูแลผู้สูงอายุ”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2** “ได้รับเทคนิคดีๆ ทำให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น สามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขกับการทำงานได้ และเห็นใจเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังได้รับความรู้ ใจเย็นมากขึ้น เครียดและกังวลในการดูแลลดลง”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3** “รู้สึกว่าการนำมาใช้ได้จริงทำให้เราเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น เวลาที่ทำให้ผู้สูงอายุยิ้มมีความสุขเราก็รู้สึกมีความสุขไปด้วย มีความสุขในการทำงานไม่เครียด ขอขอบคุณสำหรับการอบรมครั้งนี้”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4** “ความรู้สึกครั้งแรกที่เข้ามาอบรมรู้สึกดีใจเพราะเกี่ยวข้องกับงานที่ทำอยู่ ไม่เคยรู้จักหรือได้ยินแนวคิดนี้มาก่อน ขอขอบคุณที่ให้ความรู้เพิ่มมากขึ้น”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5** “สนใจและยินดีที่ได้เข้าร่วมการอบรม ได้เพิ่มความรู้และทักษะเทคนิคการดูแลที่ถูกต้อง อ่อนโยนต่อผู้สูงอายุ ได้มีการแลกเปลี่ยนและสาธิตการดูแลที่ถูกต้อง สามารถนำไปปฏิบัติในงานที่ทำอยู่ จนถึงนำไปปฏิบัติดูแลคนในครอบครัวซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมาก”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6** “ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น รู้สึกว่าคุณตาคุณยายรู้สึกอบอุ่น การใช้ฮิวแมนนิจูดในการดูแลผู้สูงอายุ รับรู้ได้ว่าผู้สูงอายุไว้วางใจไม่มีการโต้เถียงหรือต่อต้านการดูแล ดูแลง่ายขึ้นไม่เครียด และดูเหมือนว่าผู้สูงอายุอ่อนโยน อบอุ่น ให้ความร่วมมือในการดูแล”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7** “รู้สึกดีใจอบอุ่นได้รับความรู้ใหม่เพิ่มเติม ได้พูดคุยกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน เอาใจใส่ดูแลและการเข้าหา การสัมผัสผู้สูงอายุโดยใช้ความรู้ที่อบรมมาดูแลผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์มากที่สุด”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8** “ได้ความรู้ในการอบรมการดูแลผู้สูงอายุถึงความอบอุ่นอ่อนโยนการเข้าอกเข้าใจผู้สูงอายุ ได้รู้สึกถึงความอ่อนโยนในการดูแล ผู้สูงอายุพึงพอใจไม่มีการต่อต้านในการดูแล”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9** “เป็นการอบรมที่ดีมาก เนื่องจากทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกวิธีและดีขึ้น สามารถนำเอาเทคนิคและวิธีการไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เข้าใจสภาพทางกายและจิตของผู้สูงอายุมากขึ้นเครียดลดลงและรู้สึกใจเย็นและเห็นใจผู้สูงอายุมากขึ้น”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10** “ได้รับความรู้เพิ่มเติมเรื่องทักษะ เทคนิคการดูแลผู้สูงอายุที่มีการ ต่อต้าน คือ นำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุ ได้ผลจริงๆ ให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือมากขึ้น ทำงานง่ายขึ้น เครียดลดลง อยากให้มีการอบรมแบบนี้อีก และอบรมให้แกทุกคน”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11** “ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นตลอดระยะเวลาที่อบรม ได้ทบทวนความรู้ เก่าๆเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการให้การดูแล และได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ไม่เครียด”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12** “รู้สึกที่ผ่านมามีทำบาปมากๆ ชอบใช้เสียงดังตะโกน พูดจาไม่ดีกับ ผู้สูงอายุ เพราะไม่เข้าใจคิดว่าผู้สูงอายุคืออริ้น หลังจากได้มาอบรมรู้สึกเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น และมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13** “การอบรมเป็นประโยชน์มาก สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้ แต่ต้องฝึกฝนทักษะการดูแลให้มากขึ้น”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14** “ผู้สูงอายุยิ้มแย้มให้และให้ความร่วมมือในการดูแล พูดคุยกันมากขึ้น นอกจากนี้ได้ทบทวนการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและดูแลจัดการพฤติกรรมผู้สูงอายุได้ดีขึ้น”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15** “ภูมิใจที่ได้มาอบรมและได้รับประสบการณ์ใหม่ๆ อยากให้ผู้ดูแลที่เป็น เพื่อนได้เข้ามาอบรมด้วยกันเพราะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16** “ประทับใจการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เข้าใจผู้สูงอายุมากกว่าเดิม มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17** “ภูมิใจที่ได้มาอบรมและได้รับประสบการณ์ใหม่ๆ ได้เรียนรู้การดูแล แบบฮิวแมนนิจูดและได้ฝึกกันกับเพื่อน ได้พบเจอเพื่อนขณะมาอบรม”

**ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18** “ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ไม่ต่อต้านในการดูแล”

**สรุป** จากการสังเกตเกี่ยวกับการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 18 ราย พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุสามารถใช้การดูแลตามองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล โดยสามารถใช้การดูแลตามองค์ประกอบอย่างน้อย 2 องค์ประกอบ ของฮิวแมนนิจูดก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลได้ เพียงผู้ดูแลใช้เทคนิคการสบตา และการพูดคุย และหากต้องการเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น ควรเพิ่มการสัมผัสเข้าร่วมด้วยเมื่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน



## 2. ปัญหาของผู้ดูแลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบหิวแมนนิจูด

1. จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและการสังเกตพบว่า ในบางครั้งผู้ดูแลยังติดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุทำให้เข้าร่วมอบรมช้า
2. การดูแลแบบหิวแมนนิจูดอาจไม่ได้ผลในบางครั้ง เนื่องจากอาการของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่นหรือการเจ็บปวดทางร่างกาย ได้แก่ การเจ็บแผล การเสบตา จากสบูหรือยาสระผมเข้าตา ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวายอยู่และปฏิเสธการดูแลขึ้นมาแบบทันทีทันใด หากเกิดสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลไม่ควรบังคับหรือฝืนใจในการทำกิจกรรมต่อ รระยะเวลาให้ผู้ป่วยได้สงบลงและสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมแล้วจึงเข้าไปให้การดูแลอีกครั้ง ดังนั้นการดูแลแบบหิวแมนนิจูดจะต้องยึดหลักการดูแลแบบมนุษยไม่บังคับฝืนใจให้ทำกิจกรรมต่างๆ โดยที่ผู้สูงอายุไม่ยินยอม

อย่างไรก็ตาม ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เข้าร่วมการทดลอง พบว่า การดูแลด้วยหิวแมนนิจูดยังมีผลต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ดังนี้

**ด้านผู้ดูแล** พบว่า สามารถลดการต่อต้านอื่นๆ เช่น การไม่ยินยอมรับประทานอาหาร การไม่ยินยอมอาบน้ำ หรือทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆ รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ การใช้หิวแมนนิจูดสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมเหล่านี้ได้ง่ายขึ้นและผู้สูงอายุยินยอมให้ความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งเป็นการลดภาระในการดูแลและสามารถจัดการกับการทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุได้ส่งผลให้ความเครียดในการดูแลลดลง อีกทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ito และคณะ (2015) พบว่า การดูแลแบบหิวแมนนิจูดสามารถช่วยสร้างสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ อีกทั้งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง

**ด้านผู้สูงอายุ** เมื่อพิจารณาการดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 4 ของหิวแมนนิจูด พบว่า ด้านการสบตา และการพูดทางด้านหน้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการสบตาตอบสนองกลับคืนมา ผู้ดูแลสามารถพูดสื่อสารตอบโต้ได้อย่างเข้าใจและตรงกับปัญหาที่ถาม ด้านการสัมผัส ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกดีต่อผู้สูงอายุมากขึ้น ด้านการจัดทำในแนวตั้งตรงทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนและส่งผลให้อวัยวะต่างๆทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

### 1. ด้านการบริหาร

1.1. สำหรับผู้บริหารในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค สามารถนำผลจากการวิจัยไปใช้กำหนดแนวทางปฏิบัติหรือนโยบายเพื่อการพัฒนาบุคลากรโดยส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด คือ การส่งเสริมให้บุคลากรใช้หัวใจ ความเข้าใจ การเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในการช่วยจัดการกับความไม่ร่วมมือในการดูแล และส่งเสริมให้บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของการดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด

1.2. สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ ควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับฮิวแมนนิจูด ควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรม สนับสนุนกำลังคนและทีมงานในการทำงานในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพทั้งด้านความรู้และการดูแลที่มีคุณภาพที่ดีต่อไป เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการให้บริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุต่างๆให้เหมาะสม

### 2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

2.1 การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ใ้ในกระบวนการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ทั้งในสถานพยาบาล สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน และในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ลดการใช้ระยะเวลาที่ยาวนานเกินไปในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายจากการไม่ให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุ อีกทั้งหากผู้ดูแลมีความรู้ในการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้นและมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละราย

2.2 พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำแนวทางการให้การพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดไปปฏิบัติได้ เนื่องจากเป็นแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมสามารถทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ทั้งนี้พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะต้องศึกษารายละเอียดของหลักการการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด องค์กรประกอบการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ให้เข้าใจและนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดทักษะก่อนนำไปใช้ในการดูแล

2.3 การดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยอาศัยความเข้าใจ ความเมตตา ความปรารถนาดี ความใจเย็นเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและรู้สึกถึงการให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความร่วมมือในการให้การดูแล

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้สำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

4. **ด้านการศึกษา** เพื่อเป็นแนวทางสำหรับอาจารย์ พยาบาล และผู้ดูแล ทั้งผู้ดูแลแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยนำโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลศาสตร์ให้แก่นิสิตหรือนักศึกษาพยาบาลและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

5. **ด้านการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน** การดูแลตามแนวคิดแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน ได้เป็นอย่างดีทำให้เข้าถึงผู้สูงอายุได้มากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในระยะยาว (longitudinal study ) เพื่อติดตามผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยศึกษาถึงผลของความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

2. การศึกษาผลของการนำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้สามารถศึกษาความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการเพื่อส่งเสริมให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ยุค 4.0. [Online] Available : [http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/210204161243013931.pdf](http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/210204161243013931.pdf). [2564, เมษายน 11].
- กำธร พรหมณโสภา. (2543). ผลกระทบของความเครียด. [Online] Available : <http://snr.ac.th/elearning/kamtorn/reference.htm> [2562, พฤษภาคม 28].
- กীরติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(4), 15-24.
- กนกวรรณ ตีลกสกุลชัยและคณะ. (2544). ศรีรวิทยา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศรีรวิทายามหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา ตลอดภาพ, วรรณภา ประทุมโทน, อังคณา เรือนก้อน และเรจินภรณ์ โม่พวง. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร ฉบับพิเศษ. 5(1), 174-179.
- ชนิษฐา บุญแสง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลผู้สูงอายุกับความเครียดในงานของพี่เลี้ยงผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และนิมิตศุตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4(1), 207-208.
- คัทรียา รัตน์วิมล. (2545). ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรียา ชำเจริญ, สุปรีดา มั่นคง และนุชนาฏ สุทธิ. (2564). ปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 36(1), 150-166.
- ชาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2563). การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 34(2), 1-17.

ฉันทน์ พุฒิวัฒนธราดล. (2560). ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉมลวรรณ สีนาค. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สงขลานครินทร์.

พนิตตา ศรีหาค้าง. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 8(1), 1-10.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

มณิสรา สุดิรัตน์. (2556). ความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานศูนย์การจัดสวัสดิการและสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. 1(2), 17-26.

โยธิน แสงวดี ธเนศ กิติศรีวรพันธุ์ และวิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ (2552). “ครัวเรือนกลุ่มกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี” ใน ประชากรและสังคม 2552 :ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. ชาย โปธิสิตาและสุชาดา ทวีสิทธิ์. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 124-137.

เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ และมณิรัตน์ พราหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท, 24(3), 104-118.

วิณา ถิมสกุล, อุไรวรรณ แง่งจ้อย และอาภรณ์ สุขโสภา. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล, 63(4). 35-41.

วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน และรัชณี นามจันทร์. (2561). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา.

วรวิสา ลุวีระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ศรีนครินทร์เวชสาร, 28(2). 266-270.

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. (2544). การศึกษาเปรียบเทียบภาระของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมอง

- เสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธ์ และวิพุธ พูลเจริญ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง. เสาวนีย์ เปรมทอง. (2560). ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2560). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธาสนี ช่วยใจดี, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์, 23(2). 183-198.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2540). ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ. เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 1, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มณิสรา สุดิรัตน์. (2013). ความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานศูนย์การจัดสวัสดิการและสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 1(2). 17-26.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ. (2552). ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. [Online] Available : <http://kb.hsri.or.th>. [2562, พฤษภาคม 30].
- ศศิวิมล คงเมือง. (2545). ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรศน์, 5(2). 111-125.
- อรทัย บุญชูวงศ์, จงจิต เสน่หา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และยงชัย นิละนนท. (2560) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 44(4). 93-104.

- Ahmet Turan Isi, Pinar Soysal, Marco Solmi & Nicola Veronese. (2018). Bidirectional relationship between caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: A narrative review. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American journal of psychology*, 39(4), 106-124.
- Gineste, Y. (2017). Philosophy of Humanitude Care. In Workshop for Innovative Care for Elderly Patient. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Gineste, Y. (2019). Philosophy of Humanitude Care. In Workshop for Innovative Care for Elderly Patient. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Gomes Figueiredo, A. M., Carvalho Pereira de Melo, R. C., & de Paiva Ribeiro, O. (2018). Humanitude care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17).
- Margot, P. (2017). The concept of humanitude as applied to general nursing Care. [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocument\\_anglais/the\\_concept\\_of\\_humanitude\\_as\\_applied\\_to\\_general\\_nursing\\_care.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocument_anglais/the_concept_of_humanitude_as_applied_to_general_nursing_care.pdf).
- John, K. and Napaporn, C. (2008). Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand. College of Population Studies Chulalongkorn University.
- Knodel, J. and Chayovan, N. (2008). Population Ageing and the Well-Being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges. UNFPA Thailand and Asia and the Pacific Regional Office, Bangkok, Thailand.
- Melo, R., Pereira, A., Fernandes, E., Freitas, N. and Melo, A. (2017). Prevention of Skin Tears in the Dependent Older Person: Contribution of the Humanitude Care Methodology. *Millenium*, 2(3), 45-51.
- Papez, J. W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 38(4), 725-743.

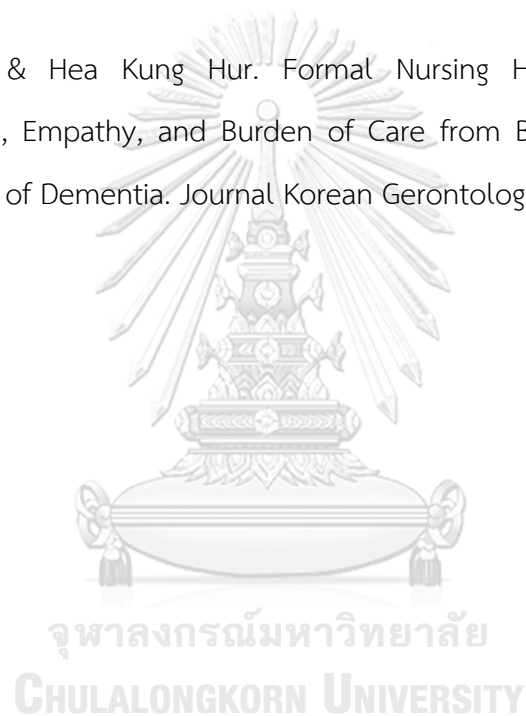
Paul H. Black. (1994). Central Nervous System-Immune System Interaction:

Psychoneuroendocrinology of Stress and Its Immune Consequences, Department of Microbiology, Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts, 38(1), 1-6.

Phaneuf, M. (2007). The concept of humanitude as applied to general nursing care.

[Online]. Retrieved from from: [http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument\\_anglais/The\\_concept\\_of\\_humanitude\\_as\\_applied\\_to\\_general\\_nursing\\_care.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/The_concept_of_humanitude_as_applied_to_general_nursing_care.pdf).

Young Ae Han & Hea Kung Hur. Formal Nursing Home Caregivers' Dementia Knowledge, Empathy, and Burden of Care from Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Journal Korean Gerontological Nursing. 22(3): 216-225.







ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์	อาจารย์พยาบาลภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
2. ว่าที่ พ.ต.ท.หญิง ดร.พรรณทิพา เวชรังษี	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
3. อาจารย์พิชยนันท์ วัฒนวิทูกร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ศูนย์เรียนรู้และ พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรและการ บริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลรามธิบดี
4. นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาทและไขสันหลัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นาวาอากาศตรีหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง	นายทหารพยาบาลแผนกพัฒนาวิชาชีพพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ



## จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ฮว 64.11/ 0382



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 มีนาคม 2563

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์

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

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองคิด สิวแบบมีจุดต่อความเครียดของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการเด็กรวมเด็กพิการและผู้สูงอายุบ้านแม่" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารรัตน์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผอ.วิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 E-mail : fonibow@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1153  
ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน โทร. 06-4959-9463

## จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ฮา 64.11/ 0๓๕1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 มีนาคม 2563

เรื่อง ขอเสนอติบุงการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำตัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองแนวคิด ชีวเมทริกซ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางเขน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ว่าที่ พ.ศ.นหญิง ดร.พรณิศา เวชวังณี อาจารย์ (ส.อ.) ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ กลุ่มงานอาจารย์ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้มีบุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงจาก ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยโพธิ์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ผู้บังคับการ  
วิทยาลัยพยาบาล  
ตำรวจวังใหม่  
เชียงใหม่

ว่าที่ พ.ศ.นหญิง ดร.พรณิศา เวชวังณี  
โทร. 0-2218-1131 E-mail : forncos@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1153  
ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำตัน โทร. 06-4959-9463

## จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ถว 64.11/ 0๙๙๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 มีนาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพนานาชาติผู้สูงอายุแบบครบวงจรและการบริการ  
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลรามกษิบัติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำตัน มีสิทธิ์จบปริญญาโทฉบับที่ ๓ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิด  
สิวมบนิจุดต่อความเครียดของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้านบางแค" โดยมี  
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์  
พิชชนันท์ วัฒนวิบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ  
เครื่องมือการวิจัยที่มีสิทธิ์ข้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย  
ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์  
จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารมย์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ต้นฉบับเรียน  
สืบวิทยากร  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อ นิสิต

อาจารย์พิชชนันท์ วัฒนวิบูลย์  
โทร. 0-2218-1131 E-mail : fonbox@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1153  
ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำตัน โทร. 06-4959-9463

## จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ อว 64.11/ 03779



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 มีนาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โตรา่งวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในคนไข้ที่มีความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พักพิงการสังคีตการสังคีตผู้สูงอายุบ้านบางแค" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวธันยรัตน์ พุฒิวินธราผล พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตส่งมาขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่งมาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาคารที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์

นางสาวธันยรัตน์ พุฒิวินธราผล  
โทร. 0-2218-1131 E-mail : fonbox@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1153  
ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน โทร. 06-4959-9463



## จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ฮจ 64.11/ 0598



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 มีนาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

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

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาอากาศตรีหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นาสงการพยาบาล แผนกพัฒนาวิชาชีพพยาบาล กองการพยาบาล กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่งมอบเรียน  
ผ่านเว็บไซต์  
ขอตรวจที่ปรึกษา  
เรียนนิติน

นาวาอากาศตรีหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง  
โทร. 0-2218-1131 E-mail : fonbox@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1153  
ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน โทร. 06-4959-9463

## จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



ที่ อว 64.11/ 0707

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

9 กรกฎาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิด สิวแมนนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความ อนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล โปรแกรมการส่งเสริมการดูแล ตามแนวคิดสิวแมนนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดสิวแมนนิจุด สำหรับผู้ดูแล คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดสิวแมนนิจุดสำหรับผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบสิวแมนนิจุดโดยผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ดูแล และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบสิวแมนนิจุด ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือเป็นอย่างอื่นว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารรัตน์ ชัยวัฒนา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อ นิสิต

โทร. 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน โทร. 06-4959-9463

## จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ อว 64.11/ 1098



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

22 ตุลาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต

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

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิงสุภาวดี ลำสัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิด ฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความ อนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านศรีตรัง จำนวน 10 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล โปรแกรมการส่งเสริม การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด สำหรับผู้ดูแล คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมตาม โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมกิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร้อยตำรวจเอกหญิงสุภาวดี ลำสัน ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158  
ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน โทร. 06-4959-9463

## เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรม

AF 02-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 138/2563

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 076.1/63 : โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ผู้วิจัยหลัก : ร้อยตำรวจเอกหญิงสุภาวดี ล้ำสัน

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (มคจค.) 2560, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม ศ.ศิวิน อชุนนาลัย  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม พ.น.น.ท. ชัยชนะวงศาโรจน์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 17 มิถุนายน 2563

วันหมดอายุ : 16 มิถุนายน 2564

### เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

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

### เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการสมัครจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลหรือขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมก่อนดำเนินการ
7. หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการ ภายใน 2 สัปดาห์พร้อมคำชี้แจง
8. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-15) และแบบทศยผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
9. โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า พร้อมโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในระดัต่อไป
10. คณะกรรมการฯ สงวนสิทธิ์ในการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย
11. สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน กำกับการดำเนินการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3049  
 ที่ จว 145 /2563 วันที่ 29 มิถุนายน 2563  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 076.1/63 เรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (THE EFFECT OF PROMOTING HUMANITUDE CARE PROGRAM ON STRESS OF CAREGIVER IN BAN BANG KHAE SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR OLDER PERSONS) ของ ร้อยตำรวจเอกหญิงสุภาวดี ลำสัน นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดยมีข้อสังเกต คือ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับเขียนให้กระชับไม่ต้องแยกเป็นด้าน ๆ ควรระบุประโยชน์ที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

*Simi Pichanokhin*

(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**

ชื่อโครงการวิจัย	โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของ
ชื่อผู้วิจัย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
ตำแหน่ง	ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ล้ำสัน
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)	นิสิต พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ เลขที่ 99
โทรศัพท์ที่บ้าน	หมู่ 8 ตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000
E-mail :	32 ซ.3 ถ. ยะกัง 2 ต. บางนา อ. เมือง จ. นราธิวาส 96000
	073-513596 โทรศัพท์มือถือ 064-9599463, 096-8344884
	Supavadee.tukta@gmail.com

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เป็นวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้รอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน

**1. งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ฯ ก่อน ระหว่าง และหลังให้กิจกรรมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด**

**การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุโดย ยึดหลักการเคารพและเข้าใจบนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต ด้วยการให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสวดมนต์ การพูดด้วยน้ำอ่อนโยน การสัมผัสด้วยความนุ่มนวล และการจัดทำให้ผู้สูงอายุ**

**2. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยนี้คือ**

**2.1 ด้านการให้การดูแล** เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุและทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด รวมถึงมีวิธีการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุได้ เพื่อลดภาวะเครียดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล

**2.2 ด้านการศึกษา** เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ในการนำมามดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะเครียดในผู้ดูแล

**2.3 ด้านการวิจัย** เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลนำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปจัดกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ดูแลต้นแบบในการดูแล

**3. รายละเอียดของผู้เข้าร่วมการวิจัยและคุณสมบัติ**

ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จำนวน 18 คน โดยมีการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมมา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า/เกณฑ์การคัดออก ได้แก่



เลขที่โครงการวิจัย.....076.1/63.....3.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

วันที่รับรอง.....17 มิ.ย. 2563..... 3.1.1 ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป

วันหมดอายุ.....16 มิ.ย. 2564.....

- 3.1.2 ผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 3.1.3 ผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล โดยมีคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป (แบบประเมินภาระของผู้ดูแล)
- 3.1.4 ทำงานอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี (เนื่องจากผู้ดูแลจะเข้าใจบริบทของศูนย์และผู้ดูแลเป็นอย่างดี)
- 3.1.5 ผู้ดูแลผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

### 3.2 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก

- 3.2.1 ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติแบบฮิวแมนนิจูดได้ โดยผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สามารถขาดการเข้าร่วมกิจกรรมได้เลย เนื่องจากโปรแกรมมีการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง
- 3.2.2 ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระ ประเมินโดยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ โดยมีคะแนนต่ำกว่า 40 คะแนน



## 4. การเข้าร่วมงานวิจัยมีการดำเนินการกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

- 4.1 ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทำแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระและแบบวัดความรู้ ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5 – 10 นาที
- 4.2 จัดอบรมความรู้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและกิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ และฝึกปฏิบัติเทคนิคและกิจกรรมการดูแล แก่ผู้ดูแล จำนวน 18 คน
- เลขที่โครงการวิจัย 076.1/63 รูปแบบการจัด : เป็นการบรรยายอบรมและฝึกปฏิบัติ
- วันที่รับรอง 17 มิ.ย. 2563 ระยะเวลา : กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง 5 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้
- วันหมดอายุ 16 มิ.ย. 2564

4.2.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างปฏิสัมพันธ์และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ และสอนการให้กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

4.2.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและให้ความรู้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ฝึกปฏิบัติกิจกรรม การดูแล โดยสาธิตการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง โดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ ทำการจับคู่กัน สังเกตพฤติกรรมให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และฝึกปฏิบัติกิจกรรม เก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ

4.2.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีการนำเทคนิคฮิวแมนนิจูดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ

4.2.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยเทคนิคการ “การสัมผัสและการจัดท่าตั้งตรง” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ และให้ความรู้ในการ



ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลได้ เก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบประเมินความรู้สึกเป็น  
ภาระ

4.2.5 กิจกรรมครั้งที่ 5 การเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและประยุกต์ใช้  
เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยให้ความรู้เรื่อง เทคนิคการรับมือกับผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลแบบสอบถาม  
แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

4.3 โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล ดำเนิน  
กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง 5 สัปดาห์ และประเมินผลอีก 1 ครั้ง รวมเป็น 6 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน  
ทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

4.3.1 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ จำนวน 22 ข้อ

4.3.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตาม  
แนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล จำนวน 17 ข้อ

เลขที่โครงการวิจัย: 076.1/63

4.3.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ

วันที่รับรอง... 17 มิ.ย. 2563  
วันที่รับทราบ... 16 มิ.ย. 2564  
5. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย  
อันเป็นอันเป็นฉพาะรวม ในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มีกรระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล แต่จะใช้เป็นเลขรหัสแทน เพื่อ  
ป้องกันการสืบค้นไปสู่ตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏใน  
รายงาน

6. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

7. ความเสี่ยง/อันตราย และความไม่สะดวกต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมงานวิจัย  
เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียด ของผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุ ไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ อาจทำให้ท่านเสียเวลา หรือเกิดความเครียดจากการทดลองแนวคิดนี้  
หากพบว่ามีคามผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือ แนะนำ เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม  
ต่อไป และหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้สึกอึดอัดสามารถออกจากกรอบรมได้ตลอดเวลา หรือไม่สามารถ  
ปฏิบัติได้ตามโปรแกรม ก็ไม่มีผลต่องานหรือการให้เงินเดือนของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยสามารถออกจากกรเข้า  
ร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีการถูกเปิดเผย เอกสารทุกชิ้นจะถูกเก็บไว้  
เป็นความลับและถูกทำลายภายใน 1 ปี

8. ผู้วิจัยไม่มีสิ่งของมอบให้นอกจากคำขอบคุณที่ท่านสละเวลาร่วมงานวิจัย และไม่มีค่าเสียเวลา  
ในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

9. การเข้าร่วมการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุก  
ขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

10. หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยติดต่อได้ที่ สและหากผู้วิจัย  
มีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มี  
เข้าร่วมการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

11. หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนน  
พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202, 0-2218-3049

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว  
จึงลงนามยินยอม/ยินยอมด้วยวาจา เข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และได้รับเอกสารไว้  
1 ชุดแล้ว

ยินยอมให้เก็บไว้ใช้เป็นเวลา.....ปี เพื่อใช้ศึกษาเกี่ยวกับ.....  ไม่ยินยอม

ร.ศ.อ.(ญ)..... ลงชื่อ.....  
(สุภาวดี ลำสัน) (.....)  
ผู้วิจัยหลัก ผู้เข้าร่วมการวิจัย  
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
(.....) (.....)  
พยาน พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล  
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....



เลขที่โครงการวิจัย 076.1/๒3  
วันที่รับรอง 17 มิ.ย. 2563  
วันหมดอายุ 16 มิ.ย. 2564





ที่ อว 64.11/ 0478

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

12 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิด ฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาต ใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากบทความวิจัย เรื่อง การพัฒนา แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุษฎี ทุลศิริ, รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (2554)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

ร้อยตำรวจเอกหญิง สุภาวดี ลำสัน โทร. 06-4959-94630

## ขออนุญาตใช้เครื่องมือค่ะ



สุภาวดี ลำสัน <supavadee.tukta@gmail.com>  
ถึง stoonsiri, ฉัน ▾

22 พ.ค. 2020 16:43



เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชันัญชิตาคุณฐิติ ทูลศิริ

หนูจัดส่งทำลงกรณ ขออนุญาต ใช้เครื่องมือท่านอาจารย์ คือ แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย ค่ะ โดยหนูได้แนบเอกสารเพิ่มเติมในการขออนุญาตใช้เครื่องมือมาแล้วนะคะ

และขออนุญาตทราบท่านอาจารย์ ขอแบบประเมินฉบับเต็ม หนูหาในอินเทอร์เน็ตแล้วไม่พบคะ

ด้วยความเคารพอย่างสูง

สุภาวดี ลำสัน

### 2 ไฟล์แนบ



Add Toonsiri <stoonsiri@hotmail.com>  
ถึง ฉัน ▾

ศ. 5 มิ.ย. 2020 03:16



ขอภัยนะคะที่ส่งมาช้าค่ะ

ชันัญชิตาคุณฐิติ

**Assist.Prof.Dr.Chanandchidadussadee Toonsiri**  
Faculty of Nursing, Burapha University  
169 Longhardbangaen Road, Saensuk,  
Muang, Chonburi 20131 THAILAND  
Phone : +66 38 102828, +66 38 102844  
Mobile : +66 86 3852835  
Email address : [stoonsiri@hotmail.com](mailto:stoonsiri@hotmail.com)

From: สุภาวดี ลำสัน <supavadee.tukta@gmail.com>

Sent: Friday, May 22, 2020 4:43 PM

To: [stoonsiri@hotmail.com](mailto:stoonsiri@hotmail.com) <[stoonsiri@hotmail.com](mailto:stoonsiri@hotmail.com)>; สุภาวดี ลำสัน <[supavadee.tukta@gmail.com](mailto:supavadee.tukta@gmail.com)>

Subject: ขออนุญาตใช้เครื่องมือค่ะ





### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ชุด ประกอบด้วย

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งพัฒนาโดย ชนัญชิตาตุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ของ ซาริท และซาริท (Zarit & Zarit, 1990)

#### ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และรายได้

**คำชี้แจง** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติ และจากการสอบถามผู้สูงอายุ โดยบันทึกและทาเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ [ ] ตามความเป็นจริง ผู้ดูแลรายที่..... วันที่เก็บข้อมูล.....

1. เพศ

[ ] ชาย

[ ] หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

[ ] พุทธ

[ ] คริสต์

[ ] อิสลาม

[ ] อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

[ ] โสด

[ ] คู่

[ ] หม้าย

[ ] หย่า

[ ] แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

[ ] ไม่ได้รับการศึกษา

[ ] ประถมศึกษา

[ ] มัธยมต้น

[ ] มัธยมปลาย/ปวส.

[ ] ปริญญาตรี

[ ] สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

[ ] ไม่ได้ประกอบอาชีพ

[ ] เกษตรกรรม

[ ] ค้าขาย

[ ] รับจ้าง

[ ] ข้าราชการบำนาญ

[ ] อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

[ ] ไม่มีรายได้

[ ] น้อยกว่า 5,000 บาท

[ ] 5,001-10,000 บาท

[ ] มากกว่า 10,001 บาท

8. โรคประจำตัวอื่นๆ

[ ] ไม่มี

[ ] มี ระบุโรค.....



ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI)

[ ] Pre-test วันที่.....เวลา.....

[ ] Post-test วันที่..... เวลา.....

**คำชี้แจง** แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเครียดในผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกที่ท่านแสดงความคิดเห็นตามแบบสอบถามข้างล่างนี้ ซึ่งได้แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับ 0 หมายถึง ไม่เคยเลย

ระดับ 1 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง

ระดับ 2 หมายถึง เป็นครั้งคราว

ระดับ 3 หมายถึง บ่อยๆ

ระดับ 4 หมายถึง เป็นประจำ

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล	ความคิดเห็น				
	ไม่เคย เลย 0	นาน ๆ ครั้ง 1	เป็นครั้ง คราว 2	บ่อยๆ 3	เป็น ประจำ 4
1. ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุ					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้สูงอายุ					
6.					

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล	ความคิดเห็น				
	ไม่เคย เลย 0	นานๆ ครั้ง 1	เป็นครั้ง คราว 2	บ่อยๆ 3	เป็น ประจำ 4
.....					
7. .....					
8. .....					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าการดูแล ผู้สูงอายุเป็นภาระสำหรับท่าน					

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



**คู่มือ**  
**โปรแกรมการส่งเสริมการดูแล**  
**ตามแนวคิดชีวแมนนิจุดต่อความเครียด**  
**ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการ**  
**จัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค**



**จัดทำโดย**  
ร.ต.อ.หญิง สุภาวดี ลำสีน  
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

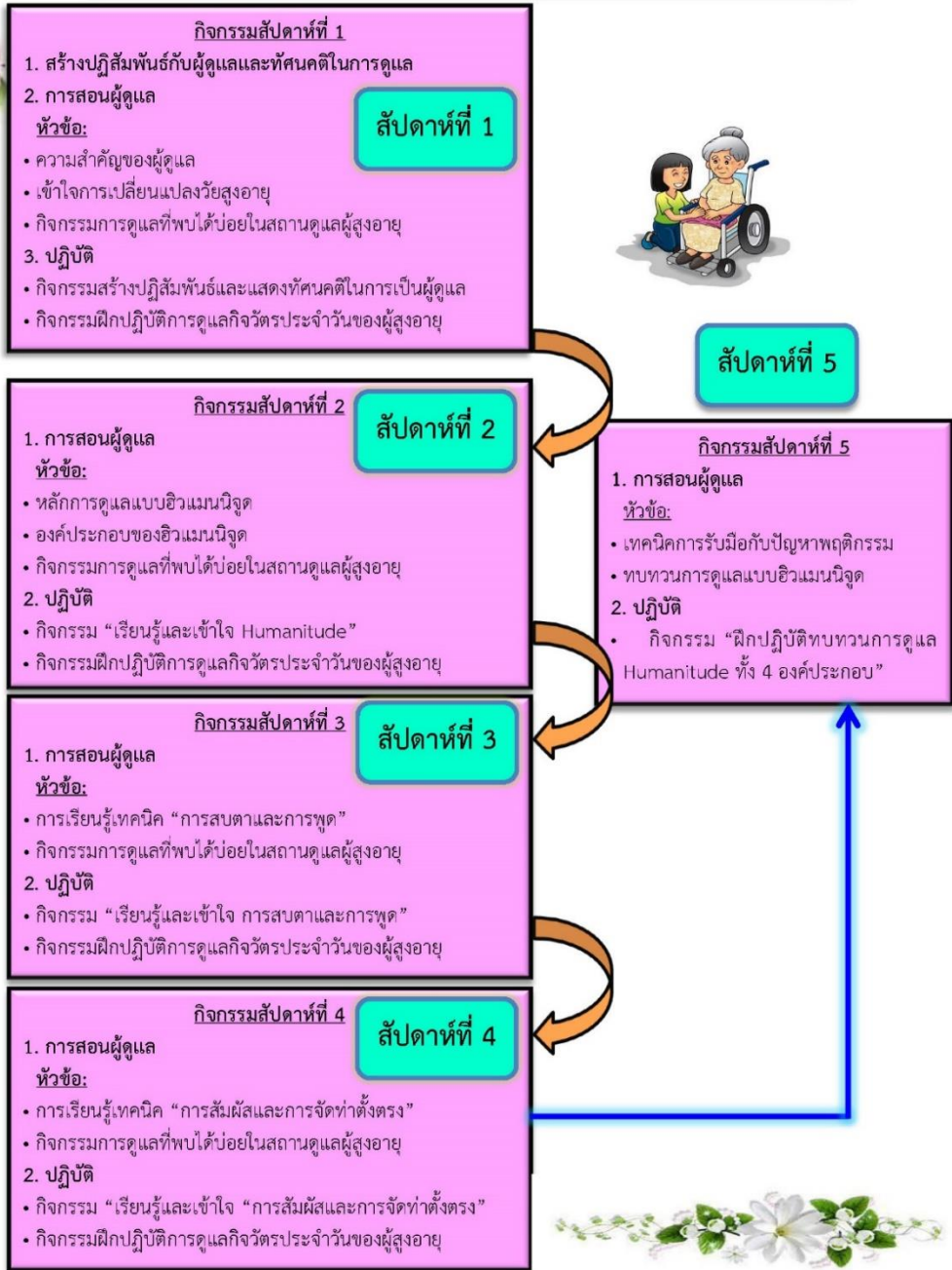
## บทนำ

ปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการสงเคราะห์มีจำนวนที่มากขึ้น การทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลที่อยู่ในศูนย์ฯ ย่อมมีภาระงานที่หนักขึ้น ผู้ดูแลเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิง หรือมีภาวะถดถอย รวมทั้งมีผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่มีภาวะติดเตียง หรือสมองเสื่อม จากพยาธิสภาพทางสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านการรู้คิด ด้านความจำ หรือมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ รวมถึงต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน นับว่าเป็นงานที่หนัก ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมต่อต้านหรือไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด และหากเครียดเป็นระยะเวลานานก็จะส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่แยกลง รวมถึงประสิทธิภาพในการดูแลลดลง

การดูแลแบบ Humanitude เป็นแนวคิดของ Yves Gineste and Rosette Marescotti ซึ่งเป็นหลักการดูแลด้วยความเคารพและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ โดยให้การดูแลแบบ นุ่มนวล อ่อนโยน มีความเอาใจใส่แสดงถึงความอบอุ่นและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่มีความผาสุกในชีวิต (IGM, 2015) โดยแนวคิดนี้ใช้กันแพร่หลายในกลุ่มผู้ดูแลในประเทศทางแถบยุโรปและทางญี่ปุ่น และสำหรับในประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำเข้ามาอบรมให้แก่ผู้ดูแลและบุคลากร ตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน

การดูแลของผู้ดูแลโดยใช้การดูแลแบบ Humanitude ร่วมกับการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งตัวผู้สูงอายุและตัวผู้ดูแล

**โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด  
ต่อความเครียดของผู้ดูแล**



**สัปดาห์ที่ 1 สร้างปฏิสัมพันธ์ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ  
และให้ความรู้ในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ**



ระยะเวลา

90 นาที หรือ 1 ชั่วโมง 30 นาที

สื่อการสอน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล
2. PowerPoint การให้ความรู้ พร้อมภาพประกอบ
  - ความสำคัญของผู้ดูแล
  - เข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ
  - กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันที่ได้บ่งชี้ในสถานดูแลผู้สูงอายุ
3. ป้ายชื่อ
4. พิวเจอร์บอร์ดและกระดาษไนต์โพสต์อิท
5. อุปกรณ์สาธิตป้อนอาหาร ประกอบด้วย
  - ถ้วยหรือชามอาหาร/ช้อน
  - ผ้ากันเปื้อน
  - ที่ชงู
6. อุปกรณ์สาธิตการให้อาหารทางสายยาง ประกอบด้วย
  - กระบอกแก้วสำหรับให้อาหารขนาด 50 ซี.ซี. หรือ กระบอกพลาสติก (ลักษณะเหมือนกระบอกฉีดยา แต่ปลายที่ต่อกับสายยางโตกว่า)
  - ภาชนะมีฝาปิด สำหรับใส่กระบอกแก้ว
  - สำลีแอลกอฮอล์ (70%)



ส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล



# คู่มือ

## การดูแลผู้สูงอายุ

### ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

### สำหรับผู้ดูแล




จัดทำโดย

ร.ต.อ.หญิง สุภาวดี ลำสัน

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา



# การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

**สมอง :** ความรู้สึก ความคิดจะช้า สติปัญญาจะเสื่อมถอยลง ความจำเสื่อม การสื่อสารกับผู้สูงอายุควรพูดช้าๆ ชัดๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

**ตา :** ความเสื่อมโทรมของ ประสาทตา มีควมไวต่อแสง น้อยทำให้มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด การเดินทางผู้สูงอายุควรใช้杖 ทางด้านหน้าเสมอตาใกล้ สายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่า ผู้สูงอายุ

**หู :** ประสาทรับเสียงในหูรับในเสื่อม ความหูกับผู้สูงอายุในโทนเสียงต่ำ หูตื้อๆ ใกล้ๆ ให้ผู้สูงอายุสามารถ อ้าปากได้ชัดเจน



**ระบบทางเดินอาหาร :** การเคลื่อนไหวของ กระเพาะอาหาร และลำไส้ น้อยลง ทำให้ รู้สึกหิว น้อยลง และมีปัญหาท้องผูก ควร ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหว และจัดท่า ให้ผู้สูงอายุ

**ผิวหนัง :** ผิวหนังเริ่มเหี่ยวแห้ง หย่อนยาน การลดจำนวนไขมันใต้ผิวหนังทำให้ ผิวหนังห่อ่นยาน ขาดความตึงตัว ควร สัมผัสผู้สูงอายุด้วยความนุ่มนวล สดชื่น

**ระบบกระดูก กล้ามเนื้อ :** กระดูกเปราะง่าย กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ควรจัดท่าให้ผู้สูงอายุ และมีกระดูกในกระดูกสันหลัง

**การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ :** ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตน การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีอาการซึมเศร้า หดหู่ หิด ชีวระหวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจ ตนเอง กลัวถูกหลอกหรือทิ้ง การดูแลต้องให้ความเคารพผู้สูงอายุ หุ่ไปในทางบวก ด้วยความเข้าใจ และให้กำลังใจผู้สูงอายุ

**การเปลี่ยนแปลงทางสังคม :** การปฏิสัมพันธ์ กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้ง นี้จาก การที่บ้่าที่ และบทบาทในสังคมที่ลด น้อยลง ทำให้ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว การดูแลต้องให้ความเคารพผู้สูงอายุ หุ่ไป ในทางบวก ด้วยความเข้าใจ และให้ ักว้ใจผู้สูงอายุ







## ความเครียดของผู้ดูแลเกิดจาก ?

### 1) ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ



พฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุส่งผลให้ เวลาที่ใช้ในการทำแต่ละกิจกรรมต้องใช้เวลา ยาวนานขึ้น และทำให้การดูแลยากขึ้น เช่น

- ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล
- ผู้สูงอายุต่อต้านการดูแล

### 2) ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล

- ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
- ผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงหรือ ภาวะโรคของผู้สูงอายุ



## ตัวอย่างแผนการสอน



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน สัปดาห์ที่ 1

สถานที่สอน: ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ผู้สอน: ร.ต.อ.หญิง สุภาวดี ลำสัน

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา

เป้าหมาย: ให้ผู้ดูแลเข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดแบบครบถ้วน และเข้าใจกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พบได้ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ทั่วไป (สำหรับผู้ดูแล): ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และการดูแลผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



แผนการสอน สัปดาห์ที่ 1

เรื่อง เข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ และการให้การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

สำหรับ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (ใช้เวลา 90 นาที หรือ 1 ชั่วโมง 30 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. ผู้ดูแลสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ และสามารถปฏิบัติให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ได้อย่างถูกต้อง	<p><b>ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและการเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหา</b></p> <p>การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงและเกิดพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแล แต่ปัญหาคอนนี้จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ จะเห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีปัญหาในเรื่องของการดูแล เช่น ปัญหาที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ ยากไร้ หรือไร้ที่พึ่ง โดยสถิติผู้สูงอายุไทยที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ</p> <p>ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงเป็นกลุ่มที่ระบบสวัสดิการสังคมแห่งประเทศไทยได้มีการจัดตั้งการ</p>	<p><b>ขั้นนำ</b></p> <p>1. การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้ดูแล ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และระดับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย</p> <p>2. แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล</p>	<p>1. สื่อ PowerPoint การให้ความรู้ พร้อมภาพประกอบ นำเสนอการบรรยาย - ความสำคัญของผู้ดูแล - เข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ - การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 5 ขั้นตอน - การให้กิจกรรมการดูแลที่พบได้บ่อย</p>	<p>- ผู้ดูแลสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุได้ถูกต้อง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติให้การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง</p>



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน สัปดาห์ที่ 2

สถานที่สอน: ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ผู้สอน: ร.ต.อ.หญิง สุภาวดี ลำสัน

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

เป้าหมาย: ให้ผู้ดูแลเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และเข้าใจกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พบได้ในสถานดูแลผู้สูงอายุ  
วัตถุประสงค์ทั่วไป (สำหรับผู้ดูแล): ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และการให้การดูแลผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



แผนการสอน สัปดาห์ที่ 2

เรื่อง การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

สำหรับ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (ใช้เวลา 120 นาที หรือ 2 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. ผู้ดูแลสามารถอธิบายการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและปฏิบัติให้การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ได้อย่างถูกต้อง	<p><b>เนื้อหา</b></p> <p>การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เทคนิคการดูแล วิธีการจัดการพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ดูแลยาก เช่น กลุ่มที่เริ่มมีภาวะพังกิ่ง ดิดเตียง สมองเสื่อม และตัวผู้ดูแลบางคนก็ยังไม่ได้ผ่านการอบรมดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความเครียดสูงมาก และในส่วบ่งจยจากตัวผู้สูงอายุเองที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล มีพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ดูแลก็ยังมีภาวะเครียด หากผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลร่วมกับการใช้แนวคิดในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เข้ามาใช้ในการดูแลจะทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่ให้ความ</p>	<p><b>ขั้นนำ</b></p> <p>1. กล่าวทักทายผู้เข้าร่วมโครงการ ทำแบบสอบถามระดับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาและสอบถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ ผ่านกิจกรรม</p> <p><b>“พูดคุยซักถาม ทบทวนขั้นสอน</b></p> <p>- ใช้วิธีบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และถาม</p>	<p>1. สื่อ PowerPoint การให้ความรู้ พร้อมภาพประกอบ</p> <p>- หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p> <p>- องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด</p> <p>- การให้การดูแลกิจวัตรประจำวันที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>2. คู่มือการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัย</p>	<p>- ผู้ดูแลสามารถอธิบายการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติให้การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง</p>



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน สัปดาห์ที่ 3

สถานที่สอน: ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ผู้สอน: ร.ต.อ.หญิง สุภาวดี ลำสัน

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา

เป้าหมาย: ให้ผู้ดูแลเข้าใจการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ และการให้ความรู้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ทั่วไป (สำหรับผู้ดูแล): ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ และการให้ความรู้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



แผนการสอน สัปดาห์ที่ 3

เรื่อง เข้าใจการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ สำหรับ ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (120 นาที หรือ 2 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. ผู้ดูแลสามารถอธิบายและฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุและปฏิบัติการให้การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ได้อย่างถูกต้อง	<p><b>เนื้อหา</b></p> <p>แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) คือ แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุโดย ยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล และอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ด้วยการให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต โดย 2 เทคนิคแรกได้แก่ เทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุ ดังนี้</p> <p>1.1 การสบตา ลักษณะการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด คือ การส่งสายตามองด้วยความอบอุ่นอ่อนโยน มีสี</p>	<p><b>ขั้นนำ</b></p> <p>1. ทอบแบบสอบถามระดับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p><b>ขั้นสอน</b></p> <p>- ใช้วิธีบรรยายถึงความหมายขององค์ประกอบทั้ง 2 องค์ประกอบ ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิค “การสบตาและการพูด” และถามย้อนกลับโดยให้ผู้ดูแลจับกลุ่มกันและร่วมตอบคำถาม</p>	<p>1. สื่อ PowerPoint การให้ความรู้พร้อมภาพประกอบ</p> <p>- เทคนิค “การสบตาและการพูด”</p> <p>- การให้การดูแลกิจกรรมประจำวันที่พบได้บ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>- ผู้ดูแลสามารถอธิบายการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยเทคนิคการ “สบตาและการพูด” แบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติให้การดูแลผู้สูงอายุ</p>



## การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด “ฮิวแมนนิจูด”



### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ



**สมอง** : ความรู้สึกความคิดจะช้า สติปัญญาจะเสื่อม  
ถอยลง ความจำเสื่อม การสื่อสารกับผู้สูงอายุควรพูด  
ช้าๆ ชัดๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

**ตา** : ความเสื่อมโทรมของประสาทตา มีความไวต่อแสง  
น้อยทำให้มองภาพใกล้ไม่ชัด การเข้าหาผู้สูงอายุควร  
เข้าทางด้านหน้าสบตาใกล้ๆ สายตาควรอยู่ในระดับ  
ต่ำกว่าผู้สูงอายุ



## ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



ความเครียด หมายถึง ?



อารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการให้การดูแล ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแล



## การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คืออะไร ?



การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพ และเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต



ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ ในส่วนของร่างกาย เท่านั้น		
2. การดูแลผู้สูงอายุเป็นการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจและเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ		
3. ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้		
4. หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ การดูแลด้วยความเคารพ ความเข้าใจ ในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ด้วยการมอบความรัก ความห่วงใยให้กับผู้สูงอายุเสมอ		
5. หน้าที่ของผู้ดูแล คือ 5.1. ดูแลเพื่อให้อาการดีขึ้น 5.2. ดูแลให้มีอาการคงที่ 5.3. ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย		
6. แนวคิดฮิวแมนนิจูดประกอบด้วย 4องค์ประกอบได้แก่การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง		
7. การเข้าหาผู้สูงอายุ ควรเข้าทาง ด้านข้าง ของผู้สูงอายุ เพราะลานสายตาผู้สูงอายุจะแคบ และควรอยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ		
8. ระยะเวลาในการสบตา ควรสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ให้การดูแล เช่น ระหว่างอาบน้ำ รับประทานอาหาร ระหว่างการสนทนา เป็นต้น		
9. การพูดแบบฮิวแมนนิจูด ต้องใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงอ่อนโยน นุ่มนวล ปลอดภัย วาจาสุภาพอ่อนหวาน		
10. ผู้ดูแลควรมีจังหวะในการพูดไม่ช้าหรือเร็วเกินไป และพูดเชิงบวกมากกว่าตั้งคำถาม		
11. การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูดใช้เทคนิคสัมผัสแบบ แคม เล็ก รวดเร็ว		
12. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะ ไม่ใช่ วิธีการจับกุม แต่ใช้เป็นการประคอง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี มีความสุข ไม่ต่อต้านในการให้การดูแล		



ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
13. การจัดทำในแนวตั้งตรง หมายถึง การจัดทำให้ผู้สูงอายุมีศีรษะตั้งฉากกับพื้นให้ได้มากที่สุด		
14. ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนอน มากกว่านั่งและยืน		

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดย

ผู้ดูแล

**คำชี้แจง** แบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ใช้สอบถามถึง การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ปฏิบัติ หากผู้ดูแลได้ให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และ ✓ ในช่อง ไม่ได้ ปฏิบัติ หากผู้ดูแลไม่ได้ให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

พฤติกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	การดูแล	
	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ผู้ดูแลเคารพประตูหรือส่งสัญญาณก่อนเข้าถึงผู้สูงอายุทุกครั้งและยกมือไหว้แบบวัฒนธรรมไทย		
2. ผู้ดูแลเข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าและอยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ ไม่ยื่นในลักษณะคำศีรษะของผู้สูงอายุ		
<b>การสบตา</b>		
3. ผู้ดูแลเข้าพบและสบตาผู้สูงอายุทางด้านหน้า		
4. ผู้ดูแลมองในแนวเดียวกัน หรือต่ำกว่า แสดงถึงความเท่าเทียมกันกับผู้สูงอายุ		
5. ผู้ดูแลมองด้วยสายตาที่แสดงถึงความอบอุ่นนุ่มนวล อ่อนโยน อยู่ระยะสายตาพอดี และมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส		
6. ผู้ดูแลประสานสายตากับผู้สูงอายุตลอดที่ทำกิจกรรมและมีระยะห่างที่เหมาะสม		
7. ผู้ดูแลใช้โทนเสียงต่ำในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ		

พฤติกรรมการดูแลแบบชีวแมนนิจูด	การดูแล	
	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
8. ผู้ดูแลใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน มีน้ำเสียงนุ่มนวลกับผู้สูงอายุ		
9. ผู้ดูแลพูดสิ่งดีๆ สิ่งที่สวยงาม สื่อสารไปในทางบวก กับผู้สูงอายุ		
10. ผู้ดูแลมีการสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุตลอดเวลาระหว่างการทำกิจกรรม		
<b>การสัมผัส</b>		
11. ผู้ดูแลมีการสัมผัสโดยเริ่มที่บริเวณที่มีจุดประสาทรับสัมผัสน้อยไปมาก ได้แก่ หลังแขน มือ ใบหน้า ลำตัว		
12. ผู้ดูแลสัมผัสผู้สูงอายุแบบกว้างๆ นุ่มนวล ช้าๆ ทะนุถนอม		
13. ผู้ดูแลวางฝ่ามือแบบเบาๆ บริเวณที่ต้องการสัมผัส เช่น ไหล่ โดยวางมือด้วยน้ำหนักที่พอดีไม่ใช้การกด กางนิ้วออกและวาดมือเป็นวงกว้างโดยมีความต่อเนื่องกัน		
14. ผู้ดูแลไม่จับบริเวณข้อมือและข้อเท้าของผู้สูงอายุ หรือไม่จับในลักษณะกุมมือผู้สูงอายุ		
<b>การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง</b>		
15. ผู้ดูแลประเมินความสามารถในการลุกนั่ง ยืน หรือเดินของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลทดสอบความแข็งแรงของแขนและขา		
16. ผู้ดูแลกระตุ้นหรือพาผู้สูงอายุลงจากเตียง หรือเปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นนั่ง ทำนั่งเป็นยืนหรือเดิน เป็นต้น		
17. การพยุงผู้สูงอายุ มีการพยุงโดยสอดมือใต้รักแร้และใช้มือประคอง ทั้งส่วนของแขนผู้สูงอายุและเดินประคองไป		

## ส่วนที่ 5 แบบประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

<p style="text-align: center;"><b>กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ</b> <b>การป้อนอาหาร การป้องกันการสำลัก</b> <b>การให้อาหารทางสายยาง และ การดูแลสุขภาพในช่องปาก</b> <b>(สัปดาห์ที่ 1)</b></p>	การดูแล	
	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
<b>การป้อนอาหาร การป้องกันการสำลัก</b>		
<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> ผู้ดูแลตรวจสอบความสามารถในการกลืน ดังต่อไปนี้</p> <p>ดังต่อไปนี้ 1.1 แตะที่คอเบาๆ โดยใช้มือข้างหนึ่งแตะที่คอเบาๆบริเวณลูกกระเดือก</p> <p>1.2 กลืนน้ำลาย บอกให้ผู้สูงอายุกลืนน้ำลายพร้อมกับใช้มือแตะไว้</p> <p>1.3 สังเกตลูกกระเดือก ตอนกลืนน้ำลาย หากลูกกระเดือกขยับขึ้นด้านบนแสดงว่ายังกลืนได้ดี</p>		
<p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> การจัดทำขณะรับประทานอาหาร</p> <p>1. ผู้ดูแลจัดทำให้ผู้สูงอายุ นั่งเท้าวางราบพื้น หลังตรง ศีรษะตรง ไน้มตัวไปด้านหลังเล็กน้อย</p> <p>2. ผู้ดูแลนั่งข้างๆตัวผู้สูงอายุ โดยนั่งให้อยู่ระดับเดียวกัน</p>		
<p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> การป้อนอาหาร</p> <p><b>การป้อนอาหารทำนั่ง</b></p> <p>1. ผู้ดูแลตัดอาหารพอดีคำ ตักมาครึ่งช้อน</p> <p>2. ผู้ดูแลยื่นช้อนให้อยู่ต่ำกว่าปากของผู้สูงอายุ โดยถือช้อนให้อยู่ต่ำกว่าปากเล็กน้อย แล้วป้อนใส่ปาก วางอาหารบริเวณกลางลิ้น</p> <p>3. ผู้ดูแลยกข้อมือขึ้นแล้วค่อยๆดึงช้อนออกจากปาก</p>		
<p><b>การป้อนอาหารทำนอนตะแคง</b></p> <p>ผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุตะแคงมาด้านที่เป็นอัมพาต สอดหมอนหรือผ้าขนหนูม้วนเป็นก้อนไว้ใต้ศีรษะให้สูงขึ้นเพื่อกลืนได้สะดวก</p>		

<p style="text-align: center;"><b>กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ</b> <b>การป้องกันอาหาร การป้องกันการสำลัก</b> <b>การให้อาหารทางสายยาง และ การดูแลสุขภาพในช่องปาก</b> <b>(สัปดาห์ที่ 1)</b></p>	การดูแล	
	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
<p><b>การป้อนอาหารท่านอนหงาย</b> ผู้ดูแลปรับหัวเตียงเพื่อยกลำตัวท่านอนบนขึ้น แล้วสอดหมอนไว้ใต้ศีรษะเพื่อให้คางกดลง</p>		
<b>การให้อาหารทางสายยาง</b>		
1. ผู้ดูแลแจ้งให้ผู้พยาบาลว่าจะมาให้อาหารทางสายยาง		
2. ผู้ดูแลจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่งพิง ศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา หรืออยู่ในท่านั่งรับประทานอาหาร		
3. ผู้ดูแลล้างมือ		
4. ผู้ดูแลทดสอบว่าปลายสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหาร		
5. ผู้ดูแลดูอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร ถ้าดูน้ำออกมามากกว่า 50 ซีซี. ให้ค่อยๆ ใส่กลับคืนสู่กระเพาะอาหาร ดูซ้ำทุกครั้งชั่วโมงจนพบว่าไม่มีน้ำเหลือน้อยจึงเริ่มให้อาหาร		
<p><b>6. เริ่มให้อาหาร</b> 6.1 ผู้ดูแลเทอาหารใส่กระบอกให้อาหารพร้อมกับหักพับสายไว้หลังจากเทอาหารเหลือครบ 50 ซีซี. ปลอยสายที่หักพับไว้ และยกกระบอกให้อยู่สูงกว่ากระเพาะอาหารมากขึ้นอยู่ความหนืดของอาหาร คอยเติมอาหารในกระบอกตลอด เพื่อไม่ให้อากาศเข้าไป</p>		
7. กรณีมียาให้หลังอาหาร ผู้ดูแลให้ยาและให้น้ำตามประมาณ 50 ซีซี. เพื่อเป็นการล้างสายให้อาหารให้สะอาด		
8. ผู้ดูแลยกปลายสายยางให้สูงขึ้น เพื่อไม่ให้อาหารไหลย้อนออกมาในสายแล้วหนีบสายหรือพับสาย เช็ดปลายสายให้สะอาด ปิดด้วยผ้าก๊อซหรือจุกยางให้แน่น		

<p style="text-align: center;"><b>กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ</b> <b>การป้องกันอาหาร การป้องกันการสำลัก</b> <b>การให้อาหารทางสายยาง และ การดูแลสุขภาพในช่องปาก</b> <b>(สัปดาห์ที่ 1)</b></p>	การดูแล	
	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
9. ผู้ดูแลจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าศีรษะสูงนานอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ อาหารไหลลงสู่ทางเดินอาหารได้สะดวก และป้องกันอาหารไหล ย้อนกลับขึ้นข้างบน		
<b>การดูแลสุขภาพในช่องปาก</b>		
<b>ขั้นตอนการแปรงฟัน</b>		
1. ผู้ดูแลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมาแปรงฟัน		
2. ผู้ดูแลจัดให้ผู้สูงอายุหันตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกัน การสำลัก		
3. ผู้ดูแลสวมถุงมือ บีบยาสีฟันลงบนแปรงสีฟันเล็กน้อย เตรียมน้ำ สำหรับทำความสะอาดให้พร้อม		
4. ผู้ดูแลใช้แปรงสีฟันแตะบริเวณริมฝีปากเล็กน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุ รู้สึกตัว เมื่อผู้สูงอายุอ้าปาก ผู้ช่วยเหลือใช้ไม้กดลิ้นกดบริเวณโคนลิ้นไว้		
5. ผู้ดูแลเริ่มแปรงฟันให้กับผู้สูงอายุตามวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง โดย แปรงฟันด้านบน ล่าง และลิ้นจนสะอาด		
<b>ขั้นตอนการทำความสะอาดฟันปลอม</b>		
1. กรณีผู้ดูแลใช้แปรงทำความสะอาด โดยเปิดน้ำไหลผ่านตลอด ระหว่างขัดฟันปลอม ระวังอย่าให้ฟันปลอมกระแทกกับขอบอ่างล้าง หน้าซึ่งอาจทำให้แตกได้		
2. กรณีผู้ดูแลใช้เม็ดฟู่ทำความสะอาดฟันปลอม แม้เม็ดฟู่จะทำความสะอาด ฟันปลอมได้ง่ายไม่เปลืองแรง แต่ไม่สามารถกำจัดเศษอาหาร ตามซอกฟันได้ ฉะนั้นต้องใช้แปรงสีฟันช่วยขัดด้วย		



ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่างภาพการดำเนินการสอนโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่าง ภาพการดำเนินการสอนโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ณ บ้านศรีตรง ฯ



ภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม



ภาพทดลองใช้เครื่องมือ โดยทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ดูแล ณ บ้านศรีตรัง ฯ จังหวัดตรัง โดยได้แจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจิตสำหรับผู้ดูแลให้แก่ผู้ดูแลทุกคน และมอบคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจิตต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้แก่หัวหน้าพยาบาลในบ้านพักคนชราบ้านศรีตรัง





ภาพทดลองใช้เครื่องมือ ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยสลับกันฝึกปฏิบัติตามองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูดและการจัดทำตั้งตรง ร่วมกับการทดลองใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้ดูแล



ภาพผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุภายในบ้านพักคนชราบ้านศรีตรัง โดยใช้อุปกรณ์ประกอบ ทั้ง 4  
องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูดและการจัดทำตั้งตรง



ภาพผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุภายในบ้านพักคนชราบ้านศรีตรัง โดยใช้องค์ประกอบ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดทำตั้งตรง

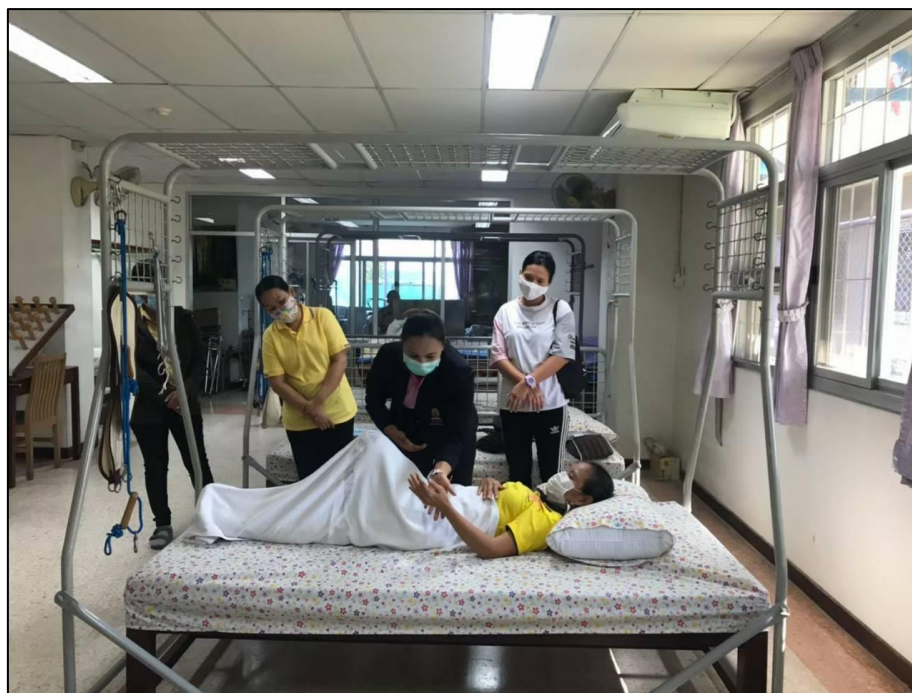
ตัวอย่าง ภาพการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด  
ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



ภาพขณะบรรยายการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยได้รับเกียรติจากท่านผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้อำนวยการกนกวรรณ เหลืองมงคลเลิศ เข้าร่วมฟังบรรยายพร้อมผู้ดูแล



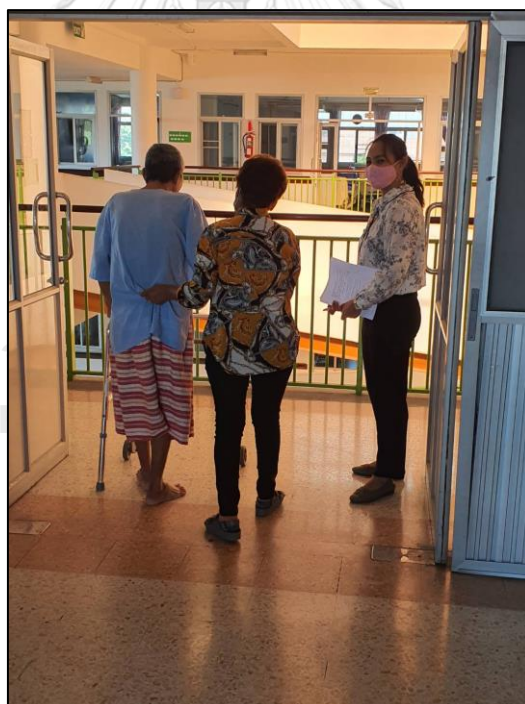
ภาพกิจกรรม บอกเล่าความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุ



ภาพสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุก่อนให้ผู้ดูแลลงปฏิบัติจริง



ภาพผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้องค์ประกอบ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดท่าตั้งตรง



ภาพผู้วิจัยสังเกตผู้ดูแลขณะลงฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้องค์ประกอบ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดทำตั้งตรง เพื่อประเมินความถูกต้องและให้คำแนะนำเพิ่มเติมหลังฝึกปฏิบัติกิจกรรม





ภาพผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้องค์ประกอบ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดทำตั้งตรง



ภาพผู้ดูแลลงฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้องค์ประกอบ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดทำตั้งตรง



ภาพผู้วิจัยและผู้ดูแลประชุมก่อนลงไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุจริงในหอพักผู้สูงอายุ



ภาพผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮีวแมนนิจูด โดยสลับกันฝึกปฏิบัติตามองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูดและการจัดทำตั้งตรง



ภาพผู้วิจัยประเมินและเสนอแนะปรับปรุงการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อผู้ดูแลหลังจากที่ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ



ภาพถ่ายรูปร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ดูแลหลังการเข้าร่วมฝึกอบรมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด



ภาพถ่ายร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ดูแลหลังการเข้าร่วมฝึกอบรมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด



## ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านบางแค

813 ถ.เพชรเกษม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กทม. 10160  
E-MAIL : BANBANGKHAE@YAHOO.COM โทร 0 2455 1592

### โครงการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิด ชีวแมนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



วันอังคารที่ 15 ธันวาคม 2563 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค  
โดยงานพยาบาล และ ร้อยตำรวจเอกหญิงสุภาวดี ลำสิน นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
จัดอบรมโครงการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดชีวแมนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
โดยเป็นหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ผสมผสานกับการให้ความรู้การเข้าใจ  
การเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุ และนำการดูแลผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรม  
ในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ฯ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยง เข้าร่วมการอบรมดังกล่าว จำนวน 12 คน

ภาพประชาสัมพันธ์การจัดอบรมโครงการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดชีวแมนิจุดของศูนย์  
พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



**บ้านบางแค**

**ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม  
ผู้สูงอายุบ้านบางแค**

813 ถ.เพชรเกษม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กทม. 10160  
E-MAIL : BANBANGKHAE@YAHOO.COM โทร 0 2455 1592

**โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิด  
ชีวแมนนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**








วันจันทร์ที่ 21 ธันวาคม 2563 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยงานพยาบาล และ ร้อยตำรวจเอกหญิงสุภาวดี ล้ำสัน นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดอบรมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจุดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 โดยเป็นหลักการดูแลผู้สูงอายุ และแนะนำแนวทางการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ในศูนย์ฯ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยง เข้าร่วมการอบรมดังกล่าว จำนวน 13 คน

ภาพประชาสัมพันธ์การจัดอบรมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจุดของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ร.ต.อ.(ญ) สุภาวดี ลำสัน
วัน เดือน ปี เกิด	3 พฤศจิกายน 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดนราธิวาส
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ เมื่อปีการศึกษา 2555 คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง เหรียญทอง หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาการจัดการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปีการศึกษา 2559 การพยาบาลเฉพาะทางหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อปีการศึกษา 2562