

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล
อำเภอศรีษะนาถาย จังหวัดสุโขทัย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์
กรกฎาคม 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในเขต
อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย”

ของ นายพีรภัทร์ วัฒนนาพงษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ กิริติสิโรจน์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวีไลซ์ วรรณวีจิตร)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

22 ก.ค. 2563

ประกาศคุณูปการ

การศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีผลต่อการการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล
ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยนเรศวร ทุกท่านที่ได้เมตตาถ่ายทอดองค์ความรู้และมวลประสบการณ์ทั้งองค์ความรู้
พื้นฐาน องค์ความรู้ในสาขาสาธารณสุขศาสตร์และองค์ความรู้สาขาที่เกี่ยวข้อง จนทำให้ผู้ศึกษามี
ความรู้พื้นฐานมากพอในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นแบบฝึกหัดขั้นสูง สำเร็จลงได้ ซึ่งจะ
ส่งผลดีต่อคุณภาพของการปฏิบัติงานในหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลดีต่อ
คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในอนาคต

ผู้ศึกษาใคร่ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร
ประธานที่ปรึกษา ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำชี้แนะในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านระเบียบวิธีวิจัยและ
ข้อมูลทางสาธารณสุข

ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีษะนาลัยทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ใน
การเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพและผู้ดูแลทุกท่านที่เต็มใจและให้
ความร่วมมือในการให้ข้อมูล สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิดและเพื่อนร่วมงาน
ผู้ให้กำลังใจ

พีรภัทร์ วัฒนวนาพงษ์

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของ ผู้ดูแล อำเภอศรีษะพนาลัย จังหวัดสุโขทัย
ผู้วิจัย	พีรภัทร์ วัฒนวนาพงษ์
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562
คำสำคัญ	ผู้ดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ผู้ป่วยติดเตียง การดูแลที่บ้าน

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีษะพนาลัย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มผู้ดูแลหลักดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยการใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำนวน 190 คน ทำการศึกษาในเดือน พฤศจิกายน 2560 ถึง มกราคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Eta สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ร้อยละ 77.9 มีการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีปานกลาง ปัจจัยที่มีผลและสามารถร่วมทำนายการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ($\beta = 0.250$, $\beta = 2.099$) การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค ($\beta = 0.180$, $\beta = 0.704$) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ ($\beta = 0.202$, $\beta = 1.418$) ระยะเวลาที่ดูแล ($\beta = -0.206$, $\beta = -0.405$) อายุ ($\beta = 0.181$, $\beta = 0.191$) การรับรู้อุปสรรคในการดูแล ($\beta = 0.123$, $\beta = 0.910$)

Title FACTORS AFFECTING THE HEALTH CARE DEPENDENT ON CAREGIVER. IN THE SRISATCHANALAI DISTRICT SUKHOTHAI PROVINCE

Author Pheeraphat Watthanawanaphong

Advisor Assistant Professor Civiliz Wanawatwichitra Dr.P.H.

Academic Paper Thesis M.P.H in Public Health, Naresuan University, 2019

Keywords Care giver, Long term care, Disabled, Palliative care

ABSTRACT

The purpose of this study was to study the health care of those who have health care dependencies. And to study the factors that can predict health care of those who have health dependence of caregivers Si Satchanalai District Sukhothai Main groups of caregivers providing health care for people with health dependencies The researcher calculated the samples in this research. By using a formula to estimate the proportion of caretakers of 190 health-dependent people, conducted the study from November 2017 to January 2018, the instrument used to collect data was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. Analyze the relationships by using Eta statistics for variables that are qualitative data. And Pearson Product Moment Correlation Coefficient for quantitative data variables. Analyze predictive power by stepwise multiple regression statistics.

The results of the study showed that 77.9% of the caregivers of persons with health dependency had excellent health care. Factors affecting and able to predict care of people with health care dependencies are Receiving information from various sources (Beta = 0.250, β = 2.099) Perceived severity (Beta = 0.180, β = 0.704) Support from government service personnel (Beta = 0.202, β = 1.418) Time of care (Beta = -0.206, β = -0.405) Age (Beta = 0.181, β = 0.191) and Perceived barriers to care. (Beta = 0.123, β = 0.910) can predict 38.3% ($p < 0.05$).

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของงานวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ.....	9
ผู้ดูแลและการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน.....	11
แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะยาว.....	15
แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	27
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	30
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ.....	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	47
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	48
เก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
ส่วนที่ 1 ปัจจัยร่วมของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล.....	52
ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้.....	59
ส่วนที่ 4 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล.....	63
ส่วนที่ 5 การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล.....	67
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของ ผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Eta และสถิติ Pearson correlation.....	70
ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของ ผู้ดูแล ในเขตอำเภอศรีสำราญ จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis).....	73
บทที่ 5 บทสรุป	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	84
บรรณานุกรม	85
ภาคผนวก	91
ประวัติผู้วิจัย	104

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรที่ศึกษาจำแนกรายตำบล.....	41
2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยร่วม	50
3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	53
4	แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ	53
5	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	55
6	แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ	55
7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ.....	57
8	แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ	58
9	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค	59
10	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง	59
11	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการดูแล	60
12	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแล)	60
13	แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้จำแนกรายข้อ	61

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	64
15	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ	64
16	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ	65
17	แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายข้อ	65
18	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพ	67
19	แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำแนกรายข้อ	68
20	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของสัมพันธ ์ระหว่าง เพศ การศึกษา ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ กับ การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Eta	71
21	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของสัมพันธ ์ระหว่าง เพศ การศึกษา ระยะเวลาที่ดูแล ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ กับ การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Pearson correlation	72
22	แสดงค่า Variance Inflation Factor (VIF) ของการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ...	73
23	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้วยวิธี Stepwise	74

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	39
---	------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็วของมนุษย์ ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเติบโตทางเศรษฐกิจ ชี้ให้เห็นความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านระบาดวิทยา สภาพปัญหาเปลี่ยนแปลงจากโรคไม่ติดต่อเฉียบพลัน อนามัยมารดาและเด็ก ภาวะทุพโภชนาการ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการได้รับบาดเจ็บอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมรวมถึงการทำงานที่ผิดปกติของระบบอวัยวะภายในร่างกาย อันเนื่องมาจากการชราภาพ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ และยังมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติทั่วไป (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558)

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ 1,341,523 คน คิดเป็น 2,175 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) เมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 10 ปี ในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำนวน 340,079 คน พบว่า จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า และยังคงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ตั้งแต่โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลง สัดส่วนของผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น จากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามความชรา การได้รับสารเคมีจากแหล่งต่างๆ สะสมเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายลดลง การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) นอกจากนี้ ยังพบปัญหาที่เกิดมาจากการประสพอุบัติเหตุจราจร ส่งผลให้เกิดการได้รับบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต เป็นจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2558 ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพจากการประสพอุบัติเหตุจราจรทุกประเภท จำนวน 1,100 ราย จากอุบัติเหตุจราจรทางบกทั้งหมด 709,566 ราย คิดเป็น 155 รายต่อแสนประชากร (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ, 2558) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้น และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ส่วนของผู้สูงอายุจะคิดเป็นร้อยละ

ละ 32.1 ของประชากรในประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ อายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นสูงขึ้น แปรผันตรงกับจำนวน ผู้สูงอายุที่มากขึ้น ซึ่ง ในปี 2557 มีจำนวนผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ประมาณ 1,200,000 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 ของจำนวนผู้สูงอายุ หากคาดการณ์ไปอีก 20 ปีข้างหน้า จะพบว่า มีผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นอีกเป็น 2 ล้าน 5 แสนคน

จังหวัดสุโขทัยมีประชากรทั้งหมด 453,882 คน เป็นผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพทั้งหมด 18,846 คน คิดเป็น 4,152 คน ต่อแสนประชากร จากการสำรวจข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี โดยในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2558 มีสัดส่วนผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ คิดเป็น 3,298, 3,016, 3,597, 3,875 และ 4,097 ตามลำดับ โดยจังหวัดสุโขทัยอัตราผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ สูงที่สุด ซึ่งเมื่อเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่า อัตราผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ในจังหวัดสุโขทัย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าแนวโน้ม ของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพในจังหวัดสุโขทัยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัยได้มอบนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสำรวจข้อมูล พื้นฐานอย่างละเอียดในประชากรที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ และให้บุคลากร สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเข้าช่วยเหลือโดยเร็ว แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีข้อจำกัดใน ด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญยังไม่เพียงพอ ทำให้การให้บริการในพื้นที่ยังไม่ได้รับความครอบคลุม จึงทำให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพยังมีคุณภาพชีวิตที่ยังไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ภาวะที่ดี

ในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย รับผิดชอบ ประชากร 67,573 คน เป็นผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ 358 คน คิดเป็น 530 ต่อ แสนประชากรเมื่อเปรียบเทียบกับแต่ละอำเภอแล้ว พบว่า อำเภอศรีสัชนาลัยมีจำนวนผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมากเป็นอันดับ 1 และมีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้นทุกปี โดยที่จำนวนและปัญหาของ ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกัน พบ ปัญหาและผลกระทบในการดูแลในกลุ่มผู้ดูแล คือ เกิดภาวะแทรกซ้อน ขาดความรู้ ไข้ยาไม่ถูกต้อง นำบัดฟื้นฟูร่างกายไม่ได้ โภชนาการบกพร่อง และพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ที่มี ภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีหลากหลาย หากสามารถรู้ได้ว่า การดูแลนั้นอยู่ในระดับใด อะไรที่ดูแลได้ดี หรือไม่ได้ดี และมีปัจจัยใดบ้างที่เป็นเหตุ เป็นผลต่อการดูแลของผู้ดูแลก็จะสามารถ นำข้อมูลไปวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลต่อไป โดยเฉพาะ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังไม่พบข้อมูลการศึกษาที่เจาะจงเฉพาะ ผู้ดูแล (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย, 2558) อีกทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหาของ

ตนเองในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง เมื่อเวลาผ่านไป ถ้าผู้ดูแลปราศจากความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆแล้ว ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เมื่อเกิดภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย หรือทอดทิ้งได้โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งถ้าบุคคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจเรื่องราวโดยตลอด ก็มักจะกล่าวโทษผู้ดูแลว่า “ดูแลไม่ดี ไม่กตัญญู ใจร้าย ทำคนป่วยได้ลงคอ” ซึ่งก็ยิ่งเป็นการซ้ำเติมความรู้สึกผิด และความรู้สึกเป็นภาระให้กับผู้ดูแลมากขึ้นไปอีก

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เพื่อให้เป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เป็นการดูแลทั้งยามปกติ และยามเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด ลดปัญหาการถูกทอดทิ้ง ถูกกระทำทารุณกรรม และลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข เป็นการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2558) ในด้านนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย แม้ว่าจะมีนโยบายและแนวทางการดูแลออกมารองรับและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพจากนโยบายดังกล่าว มุ่งการดูแลไปที่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเดียว โดยถูกจัดการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. CG CM แต่สังเกตได้ว่าถึงแม้กระทรวงจะแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากเพียงใด ก็ยังคงพบปัญหาในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมากขึ้น

จากการทบทวน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีปัญหาสุขภาพทั้งสิ้น 4 ด้าน ประกอบไปด้วยด้านพฤติกรรมตนเองด้านโรคและภัยสุขภาพ ด้านความครอบคลุมบริการสาธารณสุข และด้านผู้ดูแลในครอบครัว จะสังเกตเห็นว่า ปัญหาด้านผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จะได้รับการจัดการแก้ไขปัญหตามนโยบาย แต่ในด้านใน ด้านผู้ดูแลนั้น ยังไม่นโยบายที่ช่วยเหลือเฉพาะสำหรับการวิเคราะห์ พัฒนา ผู้ดูแลโดยตรงปัญหาในอำเภอศรีสะเกษก็คล้ายในภาพรวมของประเทศไทย ดำเนินการภายใต้นโยบายของประเทศ ดังนั้น ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว จึงยังไม่มีการศึกษาวิเคราะห์ถึงการปฏิบัติการดูแลแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัญหา ของผู้ดูแล 4 ด้าน ประกอบไปด้วยด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยเมื่อยล้า อ่อนเพลีย โรคแทรกซ้อนทางร่างกาย ด้านอารมณ์ เครียดวิตกกังวล เบื่อหน่ายท้อแท้สิ้นหวัง ด้านสังคม การเข้าสังคมลดลง เกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ต้องหยุดงานออกจากงานปัญหา

หนี้สินจากการทบทวนวรรณกรรม ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ พบปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ในอำเภอศรีสะเกษ ดังนี้ เช่น กระจุกหักจากการพุงล้ม แผลกดทับจากการนอนเป็นเวลานาน ข้อต่อยึดจากการที่ไม่กายภาพบำบัด (ดวงกมล หน่อแก้ว, 2558; สุธาสิณี เจียประเสริฐ, 2562; อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, 2560; วารุณี มีเจริญ, 2557)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การศึกษาปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ (กัลยา วงศ์อำมาตย์, 2553)

ได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งพบว่า มีหลากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าเมื่อการรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพิ่มมากขึ้น การปฏิบัติการการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยก็จะเพิ่มสูงขึ้น และยังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยจะศึกษาตามบริบทของพื้นที่และจากการทบทวนวรรณกรรมต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า อัตราอุบัติการณ์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญมาจากผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้องตามหลักการพยาบาล อาจส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจและเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลตามบริบทของชุมชน ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยร่วม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยการรับรู้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีผลการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีอะไรบ้าง

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยมีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ดูแลหลักดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ซึ่งได้มาจากทะเบียนรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพอำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 358 คน

ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

1. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

3. ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

4. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย

การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่ต้องการการดูแลต่อเนืองที่บ้านโดยต้องอาศัยผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยจำแนกตามแบบประเมิน ADL การจำแนกตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) มีผลรวมของคะแนน ADL อยู่ในช่วงระหว่าง 0 – 4 คะแนน ในอำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

2. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้ป่วย ให้การผู้ดูแลหลักและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือ

ค่าจ้าง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร หลาน สะใภ้ และอื่น ๆ ในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

3. การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันมิให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ 3 ด้าน คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

4. ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลต่อบ้างปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

- 4.1 เพศ หมายถึง สถานภาพทางเพศของผู้ดูแล
- 4.2 อายุ หมายถึง จำนวนเป็นปีของผู้ดูแล นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ศึกษา
- 4.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาของผู้ดูแล
- 4.4 รายได้ต่อเดือน หมายถึง จำนวนเงินโดยเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแล
- 4.5 ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง เวลาโดยเฉลี่ยเป็นชั่วโมงในการดูแลต่อวัน
- 4.6 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง

ลูกชาย ลูกสาว หลาน เป็นต้น

5. ปัจจัยภายในตัวบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของแต่ละบุคคลตามสภาพจิตใจก่อให้เกิดผลทางบวกและทางลบในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพและอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ต่างๆ ประกอบด้วย

5.1 ความรู้ในการดูแล หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

5.2 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ หมายถึง ลักษณะทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ องค์ประกอบแรก คือ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่สอง คือ ความรู้สึกพอใจ หรือต้องการที่จะดูแลผู้ป่วย และองค์ประกอบที่สาม คือ แนวโน้มของการมุ่งกระทำพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

5.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความรัก ความผูกพัน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ โดยประเมินจากการรับรู้ หรือความรู้สึกของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

6. ปัจจัยการรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การแปลความหรือตีความของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะแตกต่างกันตามบริบทของบุคคลนั้นๆ ประกอบด้วย

6.1 การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การแปลความหรือตีความของผู้ดูแลในการประเมินความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ทำให้ถึงกับพิการหรือเสียชีวิต

6.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หมายถึง การรู้สึกนึกคิด การแปลความหรือตีความของผู้ดูแลในการประเมินอันตรายของผู้ป่วยถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคและส่งผลกับผู้ป่วย

6.3 การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล หมายถึง บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อการดูแล

6.4 การรับรู้อุปสรรคในการดูแล หมายถึง บุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม

7. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล เจือปนในทางสังคมและสิ่งเร้าต่างๆ ที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ประกอบด้วย

7.1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ดูแลหลักได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วยด้านสังคม ด้านอารมณ์ และจิตใจ ตลอดจนด้านเงิน สิ่งของ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

7.2 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ หมายถึง การที่ผู้ดูแลหลักได้รับความช่วยเหลือระดับประคอง และสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ประกอบด้วย ด้านการบริการ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลและคำแนะนำ

7.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ ที่จะช่วยให้มีความเข้าใจและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดีขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ
 - 1.1 วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - 1.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. ผู้ดูแลและการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
3. แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะยาว
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญการดูแลระยะยาว
 - 3.2 การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
 - 3.3 การให้ยาในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ
 - 3.4 การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
 - 3.5 การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะสุดท้าย
4. แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการที่ให้แก่นบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนัก ภายใต้วงแวดล้อมที่เขาเป็นอยู่ เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานหรือตายอย่างสงบ เป็นบริการที่ครอบคลุมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล เป็นการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยเน้นการร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (วัชรกร ประนิล, 2559)

1. วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ดังนี้ (Stewart, 1979 อ้างถึงใน วัชรกร ประณีล, 2559)

1.1 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน (Health promotion and disease prevention) เป็นการดูแลรักษาเพื่อป้องกันความพิการตั้งแต่ปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยส่งเสริมความผาสุก ป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการ

1.2 เพื่อฟื้นฟูสภาพ (Health restoration) เพื่อให้ผู้รับบริการกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีเท่าที่เป็นไปได้ และช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้การเจ็บป่วยนั้น ๆ

1.3 เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ (Health maintenance) ทั้งในขณะปกติ หรือขณะเจ็บป่วยได้อย่างสูงสุด แม้จะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการให้สามารถรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพระดับวิชาชีพที่ติดตามดูแล

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีการจัดอย่างเป็นระบบในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้บริการแก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัย ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และบำบัดต่างๆ เพื่อช่วยให้รับบริการกลับสู่ภาวะสุขภาพที่ปกติ สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ (วัชรกร ประณีล, 2559)

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านมี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การให้การดูแลที่บ้าน โดยนำศาสตร์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวคิดในการบริการสุขภาพ

2. การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการผสมผสานบริการสาธารณสุขพื้นฐานกับสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บริการที่บ้านครอบคลุมบริการพื้นฐาน 4 อย่าง คือ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

3. การใช้กรอบหรือรูปแบบทางระบาดวิทยา ประกอบกับกระบวนการพยาบาล โดยถือว่า Host คือ ครอบครัว Environment คือ บ้าน Agent คือ Stressor ทางร่างกาย จิตใจ และ/หรือธรรมชาติทางสังคม

ผู้ดูแลและการดูแลผู้มีภาวะฟุ้งฟิงที่บ้าน

จากการทบทวนการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเรื่องความหมายและ การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงซึ่งระบุไว้ในคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไว้ดังต่อไปนี้ (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2555)

ในผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพนั้นเมื่อกลับจากโรงพยาบาลไปสูบ้านผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งถ้ากระทำกิจกรรมการพยาบาลไม่ถูกต้อง ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่บ้าน หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นคนดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ คอยดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ โดยที่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน อาจจะเป็น ลูก หลาน สามี ภรรยา ก็เป็นได้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยเน้นความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพประกอบด้วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1. การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพช่วยตัวเองให้มากที่สุด ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับกำลังใจเพื่อให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองซึ่งจะทำให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

1.1 การรับประทานอาหารเช้า เนื่องจากผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 2 - 3 มื้อ/วัน และได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 8 - 10 แก้ว ขณะรับประทานอาหารเช้าผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอาจสำลักได้ เพื่อให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพได้รับอาหารครบถ้วน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพโดยเริ่มทดสอบรีเฟล็กซ์ในการกลืนของผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากบ้วนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นครั้งละน้อยๆ ถ้าผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพกลืนได้ให้กระตุ้นการกลืนโดยการบ้วนของเหลวอื่น หรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้

บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำเมื่อผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพสามารถกลืนได้ดี สำหรับผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพที่มีการอ่อนแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดคอ จะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้น การกลืนควรให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพนั่งในท่าก้มหัวคางชิดอก จะช่วยให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝากล่องเสียงจะปิด ต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำลาย และรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ควรตัดอาหารคำเล็กๆ ในกรณีที่ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพสามารถป้อนอาหารได้เองควรสนับสนุนให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพใช้อุปกรณ์หรือการกลืนที่ถูกต้อง รวมทั้ง ให้เวลาผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพในการรับประทานอาหาร เมื่อผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพรับประทานอาหารเสร็จแล้วควรให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพอยู่ในที่นิ่งอีก 30 - 45 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก ในกรณีที่ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรดูแลให้สายอาหารอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออก หรือหลุด ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพควรได้รับอาหารวันละ 4 - 6 มื้อหรือประมาณ 2,000 - 3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ขึ้นอยู่กับสภาพผู้มีภาวะฟั่งฟิงแต่ละราย

1.2 การขยับถ่ายปัสสาวะ ผู้ที่มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะมีปัญหา มีปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้น ผู้ดูแลต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น อาจใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ชาย และใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ และให้การช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขยับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.3 การขยับถ่ายอุจจาระผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพควรได้รับการดูแลทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และได้รับการกระตุ้นในการออกกัมลังกกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ ควรหัดให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพถ่ายอุจจาระโดยนั่งส้วมหรือกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวัน แม้ว่าจะไม่ปวดเพื่อฝึก สุขนิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้าเพราะอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ให้รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพดื่มน้ำมากๆ 2 - 3 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 - 4 วัน หรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องใช้ยาเหน็บ หรือสวนอุจจาระหรืออาจจะล้างทุก 2 - 3 วัน และทุกครั้งที่มีผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพต้องการขยับถ่ายต้องรีบให้ถ่าย หรือพาไปห้องน้ำทันที ไม่ควรให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพรอหรือพลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพหายปวดและมีการดูดซึมน้ำกลับทำให้อุจจาระแข็งได้ ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพอย่างแข็งขันแต่เนิ่นๆ จะทำให้ผู้มีภาวะฟั่งฟิงด้านสุขภาพมีการขยับถ่ายอุจจาระอย่างปกติได้

1.4 การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดเป็นประโยชน์แก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพอย่างยิ่ง ในผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

1.5 การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก หลวมๆ ใสสบาย เสื้อผ้าต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า และแต่งกายอื่นๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวดซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่เอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ควรสวมใส่กางเกงที่เป็นอัมพาทก่อนใส่ข้างที่ดี และถอดข้างที่ตีก่อน

1.6 การนอนหลับ ควรให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้เข้านอนเป็นเวลา และควรได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น แสงสว่าง กลิ่น และควรได้รับการจัดที่นอนที่ถูกต้องเพื่อให้รู้สึกสุขสบาย มีการไหลเวียนของโลหิตได้ดี โดยจัดแขนข้างที่เป็นอัมพาทให้ปลายมือสูงกว่าข้อศอก และให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่

2. การฟื้นฟูสภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพภาวะที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำต่อผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ก็คือ การช่วยให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และบทบาทในสังคมของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การที่ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพเป็นระบบการที่ช่วยให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่โดยมีเป้าหมาย คือ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2.1 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีฟื้นฟูสภาพในกิจกรรม ดังนี้

2.1.1 การป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป เพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรง และทำงานได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น

2.1.2 การสื่อสาร ผู้ดูแลควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้มีภาวะพึ่งพิง

ด้านสุขภาพ และไม่ปล่อยให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอยู่คนเดียวมานานๆ ต้องคอยสังเกต การสื่อสารและความต้องการของผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารใน ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ คือ ใช้ประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจ ควรรวมทีละ คำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพสับสนได้ ไม่คาดคั้นให้ผู้มีภาวะ ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพตอบเพราะทำให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย ไม่ควรแสดงอาการรำคาญ

2.1.3 การกลืน ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีปัญหากับการกลืนลำบาก ลื่น ปากข้างอัมพาตจะชา สูญเสีย Gag reflex ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพควรได้รับการฝึก การกลืนและการรับประทานอาหาร

2.2 การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้น อย่างเห็นได้ชัด ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพจะเกิดความเครียดซึ่งในแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะฟุ้งฟิง การเปลี่ยนแปลงใน บทบาทหน้าที่ สภาวะเศรษฐกิจที่แย่ลง อาการที่แย่ลง ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพบางรายมีอาการ เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง การเผชิญความเครียด ของผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรคและภาวะคุกคามของโรค ผู้มีภาวะ ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน และการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับการช่วยเหลือ ให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจในการทำ กิจกรรมต่างๆ มีการสื่อสารกับคนอื่นๆ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลต่างๆเพิ่มเติมตามความต้องการ

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมีข้อจำกัด หลายด้าน ดังนั้น ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่าง และภาวะข้อติด เป็นต้น ดังนั้น ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ จึงควรได้รับการดูแลต่อไปนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

3.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีระยะเวลา การเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 การดูแลควรมีการป้องกันโดยเปลี่ยน ท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจดูผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำ กิจกรรมให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เลือดไหลกลับไม่สะดวก ไม่เลื่อนผู้มี ภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพด้วยวิธีลากเพราะผิบนั่งจะเกิดการเสียดสีทำให้เกิดการระคายเคืองและ เป็นแผล นอกจากนี้ ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพควรได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะ โปรตีน เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อในกระบวนการหายของแผล

3.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อโดยมากที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ การดูแล คือ สังเกตอาการไข้ ลักษณะผิดปกติของเสมหะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้ง ป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะเช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ พยายามให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้เคลื่อนไหวเช่น พลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง พยุงนั่ง เดิน ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น จากการใส่สายสวนปัสสาวะ การคั่งค้างของปัสสาวะ ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อโดยผู้ดูแลสังเกตอาการไข้ ลักษณะของปัสสาวะ และดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3.3 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพควรได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ในแต่ละท่าประมาณ 5 - 10 ครั้ง วันละ 1 - 2 ครั้งในการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขี่ยขม่อม หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่งตัวตรงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ฝึกการยืนขึ้นและนั่งลง

การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็น เพราะมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพแต่ละคน อาจได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับครอบครัว และขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ดังนั้น การดูแลที่บ้านของญาติจึงเป็นสิ่งจำเป็น การช่วยเหลือให้ญาติเกิดความรู้ความเข้าใจ และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลของญาติจะช่วยให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้รับการดูแลที่ครอบคลุมซึ่งจะช่วยลดปัญหาความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

สรุปการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้แก่

การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

การฟื้นฟูสภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะยาว

จากการทบทวนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเรื่องแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งระบุไว้ในคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC) ไว้ดังต่อไปนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1. ความหมายและความสำคัญการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ที่มีความพิการ ทูพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ

การจัดบริการในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังเจ้าหน้าที่งบประมาณ สถานที่และจำนวนเตียง ผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพที่เจ็บป่วย เมื่อพ้นภาวะวิกฤตมีอาการคงที่แล้ว จึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาพักรักษาตัวที่บ้าน ผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว เนื่องจากยังมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทูพลภาพหรือพิการ ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งมักจะเป็นลูกหลานหรือญาติใกล้ชิดเป็นผู้ดูแลตามความรู้ความสามารถที่มีอยู่หรือตามที่เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสอนไว้ การดูแลที่บ้านท่ามกลางลูกหลาน คนคุ้นเคยจะทำให้ผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพรู้สึกอบอุ่นประหยัดทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปดูแลผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพและการสูญเสียเวลาของญาติหากผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพต้องนอนพักที่โรงพยาบาล ดังนั้น หากผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพได้รับการดูแลจากครอบครัวดี ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะโรคโดยมีเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพคอยติดตามสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน ก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพสูงอายุ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาก็ลดลงด้วย

2. การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ในการดูแลผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพ ผู้ดูแลอาจพบกับปัญหาผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งอาจเกิดขึ้นฉับพลันหรือค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลทั้งสิ้น การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ตั้งแต่เริ่มต้นย่อมเป็นผลดี คือ

1. ช่วยให้เห็นสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้เร็ว
2. ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อไม่ให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ถาวร

การรู้จักและทำความเข้าใจกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพอย่างยิ่งไม่เพียงแต่ดูแลผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแล้วเท่านั้น ในผู้ที่มีความพิการด้านสุขภาพที่ยังไม่เกิดปัญหาก็ควรดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด

พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป ปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบบ่อย เช่น ภาวะสับสน หงุดหงิด ก้าวร้าว
วิตกกังวลและซึมเศร้า

ภาวะสับสน

สาเหตุ

1. เกิดจากสาเหตุเล็กๆ น้อยๆ รวมกัน เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอมีความเจ็บป่วยทาง
ร่างกาย รับประทานอาหารน้อย ได้รับยาบางชนิด ท้องผูกถ้าไม่ได้แก้ที่สาเหตุจะทำให้เกิดภาวะ
สับสนและซึมลงในที่สุด

2. หรือมีภาวะสับสนแล้วทำให้เกิดปัญหา เช่น ไม่รับประทานอาหาร สำลัก พักผ่อน
ไม่เพียงพอทำให้ล้ม

ลักษณะอาการ

อาการเกิดขึ้นรวดเร็ว และมีอาการมากในช่วงเย็นหรือกลางคืน สับสนเกี่ยวกับ
วัน เวลา และสถานที่ คุณไม่รู้เรื่อง

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาภาวะสับสน

1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีอายุมาก โดยเฉพาะอายุมากกว่า 70 ปี
2. ไตวาย โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ
3. มองเห็นไม่ชัด หรือหูตึง
4. สมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน
5. ใช้นอนหลับหรือยาที่ทำให้มีเมฆเป็นประจำ

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีภาวะสับสน

1. หาสาเหตุและกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสน
2. จัดสถานที่อยู่ให้มีแสงสว่างเพียงพอ
3. พูดคุย บอกวัน เวลา สถานที่ บุคคล มีกิจกรรมร่วมกัน สัมผัสตัว
4. ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงไปและรีบพาไปพบแพทย์

ภาวะหงุดหงิด ก้าวร้าว

สาเหตุ

1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพบางรายมีสมองเสื่อมโดยไม่แสดงอาการ ทำให้
การยับยั้งและควบคุมอารมณ์ไม่ดี

2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีโรคทางสมองอื่นเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น เช่น
ความเครียดความกังวล ความกดดัน ความขัดแย้งในจิตใจ จะแสดงออกในลักษณะหงุดหงิด
ก้าวร้าว

ลักษณะอาการ

อยู่ไม่นิ่ง หยุกหยิก บีบมือไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ปน พุดซ้ำๆ ตะโกน พุด หยาบคาย
ด่าทอ ถ้าอาการรุนแรงอาจขว้างปาสิ่งของ ทบตีผู้ดูแล บางรายอาจอยากฆ่าตัวตาย

**ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาภาวะหงุดหงิด
ก้าวร้าว**

1. ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน
2. มองเห็นไม่ชัด หรือหูตึง
3. ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีโรคทางจิตเวช วิตกกังวล ซึมเศร้า หลงผิด
4. ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่ติดสารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่
5. มีแผลกดทับ ปวดข้อ ปวดหลัง หอบเหนื่อย

การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีภาวะหงุดหงิด ก้าวร้าว

1. จัดให้อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย และไม่มีสิ่งรบกวน
2. ปลอดภัยสงบ ไม่ด่าทอ ไม่ได้เถียง
3. พุดคุยทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพต้องการ
4. บรรเทาความเจ็บป่วยที่ทรมานทางร่างกายให้ดีขึ้น

ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า

สาเหตุ เกิดจากหลายปัจจัย

1. ความสูญเสีย ความโดดเดี่ยว เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า

ในผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ

2. พันธุกรรม
3. สมอง จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

ลักษณะอาการ

ปนซ้ำ ถ้ามซ้ำ เรียกร้องมากขึ้น ไม่กล้าอยู่คนเดียวซึมเศร้าเบื่อหน่าย ไม่สนใจทำ
กิจกรรมที่เคยชอบ แยกตัวออกจากสังคมไม่ดูแลสุขภาพและโรคประจำตัว จนเป็นเหตุให้มี
ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา หงุดหงิด ก้าวร้าว หลงลืม ไม่มีสมาธิ คล้ายผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้าน
สุขภาพสมองเสื่อม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปนรู้สึกผิดหรือคิดว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น
คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่หรืออยากฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาภาวะวิตกกังวล

ซึมเศร้า

1. สมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์คินสัน
2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ติดสารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่
3. ไตวาย โรคหัวใจ แผลกดทับ ปวดข้อ ปวดหลัง หอบเหนื่อย โรคมะเร็ง
4. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ไม่มีผู้ดูแลหรืออยู่บ้านคนเดียวไม่มีกิจกรรมทาง

สังคม

5. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีปัญหาอันไม่หลับ
- การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า

1. แก้ไขต้นเหตุของภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า
2. ให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระบายความรู้สึกโดยรับฟังและแสดงความเห็นอก

เห็นใจ

3. จัดการกับการแยกตัวจากสังคมและครอบครัว
4. เผื่อระวังการฆ่าตัวตาย
5. ให้กำลังใจและให้ได้รับการรักษาทั้งทางกายและใจ

การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่อายุมากและมีโรคประจำตัวหลายโรคมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินได้ง่าย การป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินทำได้ยาก เพราะอาการที่เกิดขึ้นมักไม่ชัดเจนและสังเกตได้ยาก การดูแลเบื้องต้นอย่างถูกวิธีทำได้ง่ายกว่า เป็นการช่วยประคับประคองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งทำให้รักษายากและใช้เวลาในการฟื้นตัวให้กลับมาสู่สภาวะปกติดังเดิมได้ยาก

ภาวะฉุกเฉินในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่พบได้บ่อย

1. ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สำลัก
2. ภาวะสับสน ซึม หรือหมดสติ

ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สำลัก สาเหตุ

1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีปัญหาในการกลืนเกิดสำลักได้ง่าย
2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพทั่วไปก็พบได้ มักจะเป็นเสมหะ เศษอาหาร หรือฟัน

ปลอม ชำรุดไปอุดกั้นทางเดินหายใจได้

อาการแสดง

หายใจลำบาก ติดขัด มีเสียงคล้ายนกหวีดขณะหายใจ ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เอาจมมือจับที่บริเวณคอ พยายามพูดแต่ไม่มีเสียงอย่างกะทันหันปลายนิ้วมือและเล็บเขียวคล้ำ หหมดสติภายในเวลา 4-5 นาที และอาจเสียชีวิตได้ทันที

การช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอาจไม่มีแรงในการไอเพื่อขับสิ่งที่อุดกั้นทางเดินหายใจให้ออกมาได้ ผู้ดูแลต้องช่วยโดยการยืนด้านหลังผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ใช้มืออัดมจากด้านหลังมากำมือประสานไว้ที่หน้าท้องผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เนื้อสะดือเล็กน้อย กระแทกมือขึ้นด้านบนบริเวณกะบังลมอย่างรวดเร็ว โดยใช้แรงพอสมควรตามจังหวะที่ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพพยายามหายใจเอาสิ่งอุดกั้นออก และผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่าสิ่งใดที่อุดกั้นทางเดินหายใจจะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือ

การป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สำลัก

1. ดูแลสุขภาพเหงือกและฟัน ฟันปลอม
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจทำให้สำลักได้ง่าย
3. ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีปัญหาการกลืนควรปรึกษาแพทย์เพื่อฝึกการกลืน
4. รับประทานอาหารที่มีปัญหาเรื่องไอหรือมีเสมหะ

ภาวะสับสน ซึม หรือหมดสติ

ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปบ่งชี้ถึงความเจ็บป่วยที่ค่อนข้างรุนแรง หากปล่อยไว้จะยิ่งมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ดูแลต้องประเมินระดับความรู้สึกตัวให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้น และแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวโดยเร็ว

สาเหตุที่ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป

1. โรคหลอดเลือดสมอง ติดเชื้อในสมอง ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อต่างๆ
2. หัวใจวาย หัวใจขาดเลือด ช็อคโลหิตจาง ไตวาย ตับวาย
3. การสำลัก ทางเดินหายใจอุดกั้น ปอดติดเชื้อ หอบหืดหรือ ถุงลมโป่งพองกำเริบ
4. ควบคุม เบาหวานไม่ดี มี ภาวะน้ำตาลต่ำ หรือ สูงเกิน ความดันโลหิตต่ำ
5. ภาวะขาดน้ำหรือเกลือแร่ในกระแสเลือด
6. การได้รับสารหรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป

1. จัดให้อยู่ในสถานที่ที่สงบ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพอาจเห็นภาพหลอน หวาดกลัว ผุดลุกผุดนั่ง ทำให้ล้มได้ หรืออาจทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแล หากมีแนวโน้มเกิดอันตราย อาจต้องผูกมัดไว้ในท่าที่สบายโดยเฝ้าดูอย่างใกล้ชิด

2. หาสาเหตุเบื้องต้น เช่น

2.1 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ติดเชื่ออาจไม่พบไข้ การวัดไข้ด้วยปรอทจะ สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้อง

2.2 สังเกตสี กลิ่น ของปัสสาวะ อุจจาระที่ผิดปกติ

2.3 สังเกตการว่ามีหอบเหนื่อย หายใจคล้ายเสียงนกหวีดหรือไม่

2.4 สังเกตอาการบวม เท้า หน้า

2.5 นับจำนวนยาที่เหลือเพื่อตรวจสอบว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ รับประทานยาเกินขนาดหรือไม่

3. แก้ไขปัญหาเท่าที่ทำได้ เช่น

3.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ บ่อน้ำหวาน โดยจัดให้อยู่ในท่านั่งและระวัง การสำลัก

3.2 หอบเหนื่อย จัดให้ศีรษะสูง 45 องศา ให้ออกซิเจนถ้ามีอุปกรณ์ และให้พ่นยา ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเคยได้รับ

4. รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อตามวินิจฉัยอย่างละเอียดและรับการรักษา อย่างถูกต้องต่อไป

3. การใช้ยาในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพและการใช้ยารักษาโรคของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นด้วยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มี ผลกระทบต่อการดูดซึม การกระจาย เมตาโบลิซึม และการขับถ่าย ตลอดจนถึงการตอบสนองต่อ ยา ปัจจัยทางพยาธิสภาพหลายโรค ซึ่งทำให้ต้องให้ยารักษาหลายกลุ่ม มีโอกาสให้เกิด ปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยากับยา และยากับอาหารเพิ่มมากขึ้น ในการใช้ยาสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพจึงต้องมีการพิจารณาทั้งด้านข้อบ่งใช้ การปรับขนาดยา การติดตามประเมินผล การตรวจสอบการได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ การติดตามอาการข้างเคียงและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่อายุสูงมากซึ่งมีอาการหลงลืมและต้องพึ่งพา ผู้อื่นในการให้ยา

จากปัจจัยหลายประการดังกล่าว จึงพบว่า อุบัติการณ์การได้รับผลข้างเคียงจากยาใน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยจะมากกว่าผู้ใหญ่ทั่วไปประมาณ 2 เท่า และเพิ่มขึ้นตามอายุ ของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้มีการครองเตียงในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือ อาจร้ายแรงถึงเป็นเหตุให้เสียชีวิต ส่วนหนึ่งของปัญหาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในผู้มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพเองและผู้ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ แต่ต้องยอมรับว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจาก ความบกพร่องของบุคลากรทางการแพทย์เอง เช่น ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่ จะรักษา และผลของยา ทำให้จ่ายยาไม่ตรงกับสาเหตุหรือข้อบ่งชี้ หรือจ่ายยาที่มีข้อห้ามใช้ หรือ สั่งยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม และไม่ได้ประเมินผลของยาทั้งในระยะสั้นหรือระยะยาว เป็นต้น

สรุปและข้อควรระมัดระวัง

ปัญหาผลข้างเคียงของยาที่เกิดในผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เกิดได้ทั้งจากสาเหตุ การเปลี่ยนแปลงการดูดซึม การกระจายเมตาโบลิซึม การขับถ่าย และกลไกการตอบสนองต่อยา โดยระบบที่เป็นปัญหาได้มาก คือ ระบบประสาท ระบบหัวใจ และหลอดเลือด และยาที่มีปัญหา ได้มาก คือ กลุ่มที่มีค่าความแตกต่างระหว่างผลเสียและผลการรักษาต่ำ ซึ่งมีอยู่จำนวนมาก เช่น ยาระงับชัก ยาลดน้ำตาลในเลือด ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด ยาต้านมะเร็ง ยาลดการ เกาะกันของเลือด ยาแก้หอบหืด ยาหัวใจ ยาทางจิตประสาท และยาปฏิชีวนะบางกลุ่ม

ผลเสียที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นผิดจังหวะ หน้ามืดเป็นลมเมื่อลุกขึ้นยืน ความดันเลือดต่ำหรือสูงผิดปกติ ฯลฯ เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรทำความเข้าใจข้อมูลการตอบสนองต่อยาในผู้มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพอย่างละเอียด เมื่อจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษา อีกทั้งยังต้องสอบถามประวัติ การได้รับยาและการบำบัดรักษาโรคอื่นๆ ที่เป็นอยู่เพื่อตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา หลายชนิดร่วมกัน รวมทั้ง ปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหารหรืออาหารเสริมและยาสมุนไพรต่างๆ ที่นิยมใช้ในผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเป็นข้อที่ควรระวัง

4. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ หมายถึง การทำสภาพแวดล้อมให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยเหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันไม่ก่อให้เกิดอันตราย กับผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน รวมถึง พื้นที่สาธารณะและระบบขนส่งมวลชน โดยเน้น การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและการยอมรับในสิทธิ ขั้นพื้นฐานที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ตามที่ พ.ร.บ. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (5) กำหนด เช่น การติดยาหรือตราสัญลักษณ์ผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงด้านสุขภาพ ความปลอดภัยด้านสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เช่น

ห้องน้ำผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ที่นั่งผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยคำนึงถึงระยะ และขนาดพื้นที่ที่เหมาะสมกับการใช้งาน เพื่อร่วมสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ

ลักษณะบ้านพัก

เป็นบ้านชั้นเดียวหรือมีห้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน ทางเข้าบ้านควรมีระดับเดียวกับ พื้นภายนอก ทางลาดเข้าบ้านควรใช้วัสดุไม่ลื่น ไม่ควรจะมีพื้นต่างระดับ ไม่ควรมีธรณีประตู มี บริเวณบ้านที่สามารถ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ และทำกิจกรรมเบาๆ ได้ พืชพันธุ์เป็นไม้ดอก ไม้หอม หลีกเลี้ยง ไม้ผล ไม้หนาม ไม้ที่มียาง ระยะห่างระหว่างภายในบ้านมาที่รั้วอยู่ในระยะที่สามารถเดิน ได้ง่ายรั้วบ้านควรโปร่ง ประตูหน้าบ้านกว้าง 90-150 ซม. มือจับแบบก้านโยก และไม่ติดอุปกรณ์ บังคับประตูเปิดเอง (ใช้คีย์การ์ด) มีระบบตัดไฟช็อตและไฟฉุกเฉิน

การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เพราะถ้าสภาพแวดล้อม เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีข้อจำกัดแต่ละคน และตอบสนองความต้องการของผู้ ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ก็จะช่วยลดปัญหาต่างๆ รวมทั้ง ส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเกิด ความมั่นใจในการเคลื่อนไหว ซึ่งจะลดความพิการอันเป็นผลจากการขาดการเคลื่อนไหว และลด ภาระของผู้ดูแล ซึ่งการจัดสภาพแวดล้อมประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และนอกบ้านในที่นี้ จะขอกล่าวเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ดังนี้

ข้อคำนึงในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ

ด้านกายภาพในครัวบ้าน

1. ปัญหาสุขภาพและความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมีผลต่อนิสัยหรือพฤติกรรมของ ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เช่น ระบบขับถ่ายและการกลั้นปัสสาวะหย่อนยาน ตอนกลางคืน จึงเข้าห้องน้ำบ่อย บุตรหลานญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลควรจัดห้องนอนให้ใกล้กับห้องน้ำและมีไฟส่องสว่างอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมองเห็นได้ชัดเจนขึ้นหรือติดตั้งราวจับ ช่วยพยุงตัว เอื้อต่อการให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพช่วยเหลือตนเองลดภาระการดูแลของบุคคล ใกล้ชิด

2. ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีโอกาสลื่นล้มสูง เพราะปัญหาจากโรคที่ เกี่ยวข้องกับกระดูกหรือกระดูกสันหลังคดงอ การทรงตัวจึงไม่ดีเท่าในวัยหนุ่มสาวมีโอกาสลื่นล้มได้ ง่าย โดยเฉพาะเมื่อทำกิจกรรมในห้องน้ำที่พื้นมีน้ำขังพื้นเปียกชื้นหรือพื้นมีความต่างระดับ

3. การออกแบบสิ่งแวดลอม เช่น ในห้องน้ำ ห้องนอน ห้องนั่งเล่นและจัดวางตำแหน่งการใช้งานอุปกรณ์ประเภทสวิตช์ต่างๆ หรืออุปกรณ์มือจับให้เหมาะสมและง่ายต่อการใช้งานของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เช่น ความสูงของคนปกติ เพศชาย ประมาณ 170 ซม. ปลั๊กไฟควรติดตั้งที่ความสูง 1.20 ม. แต่สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพนั่งวีลแชร์ ควรลดความสูงของปลั๊กไฟเป็น 80 – 90 ซม.

4. จุดเปลี่ยนระดับต่างๆ ทั้งภายในบ้าน ระหว่างภายในและภายนอกอาคาร ควรทำให้เป็นทางลาด เพื่อให้ง่ายต่อการเดินโดยใช้ไม้เท้าหรือการเข็นรถวีลแชร์ ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงระยะและขนาดที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

5. ควรมีการเตรียมพื้นที่ในการขนย้ายผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพในกรณีฉุกเฉินหรือเร่งด่วน โดยมีพื้นที่จอดรถและพื้นที่ว่างที่เตรียมไว้ โดยไม่วางสิ่งกีดขวางหรือทำทางลาดแบบเคลื่อนย้ายได้เป็นอุปกรณ์เสริมช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

6. ควรเตรียมอุปกรณ์ที่สำคัญ เช่น ตู้ยา ไม้เท้า รถเข็น เบอร์โทรศัพท์ติดต่อที่สำคัญ ทั้งโรงพยาบาลและคนใกล้ชิดไว้ในจุดที่สังเกตง่าย พร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน

ด้านกายภาพภายนอกตัวบ้านถึงชุมชน

1. ควรมีการจัดเตรียมพื้นที่ สถานที่ เพื่อประกอบกิจกรรมของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพหรือสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ลักษณะเป็นศูนย์อเนกประสงค์

2. ควรจัดกลุ่มกิจกรรมที่สอดคล้องตามความถนัดของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพในแต่ละช่วงวัยหรือตามความสนใจ เช่น กลุ่มดนตรีไทย กลุ่มจักรสาน กลุ่มช่างไม้ กลุ่มร้องเพลง

3. ควรจัดกิจกรรมที่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพสามารถสอนหรือถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ในตัวบุคคลให้กับสมาชิกกลุ่มเด็ก เยาวชน หรือผู้สนใจในชุมชน เพื่อสืบทอดและส่งต่อวัฒนธรรมความรู้ให้กับคนรุ่นหลังต่อไป

4. ควรมีการออกแบบจุดเชื่อมต่างๆ ให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เช่น มีทางลาดในจุดต่างระดับ มีราวจับเป็นระยะเมื่อเดินระหว่างอาคารและติดตั้งหลังคาคลุมทางเดินป้องกันแสงแดดหรือฝน

5. การเตรียมพื้นที่สีเขียวหรือสวนสาธารณะ เพื่อรองรับการใช้งานระดับชุมชน เช่น สวนสาธารณะขนาดเล็กกระจายอยู่ตามจุดต่างๆ รองรับการใช้งานของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพในชุมชนที่อยู่ใกล้

5. การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะสุดท้าย

ด้วยลักษณะความเจ็บป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สาเหตุการตายของประชากรสูงอายุส่วนใหญ่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบกับความก้าวหน้าในการดูแลรักษา

ทางการแพทย์ มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพโรคต่างๆ ทำให้ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเหล่านี้มีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ในกรณีที่โรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาจกลับกลายเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เพราะหมายถึงการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยื้อชีวิต กลายเป็นการยืดความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมากกว่าจะทำให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะเวลาที่เหลืออยู่ ตลอดจนการตัดสินใจเลือกทางเลือกของการรักษาต่างๆ ที่ส่วนใหญ่มักกระทำโดยครอบครัว ที่ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามความประสงค์ที่แท้จริงของตน การตัดสินใจของครอบครัวสำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพหลายคนที่มีออกมาในรูปแบบการยื้อชีวิตที่มุ่งหวังจะพยายามรักษาตัวโรคต่างๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ที่จะช่วยให้สภาวะโรคดีขึ้นได้ แต่กลับเป็นการทำให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพต้องทนทุกข์ทรมานจากการตรวจวินิจฉัยและกระบวนการรักษาและจากไปอย่างไม่สงบ นอกจากนี้ การที่โรคอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมักต้องเผชิญกับอาการทางกายที่ทำให้ไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด หายใจไม่อิ่ม เบื่ออาหาร อ่อนล้า ที่สำคัญกว่านี้คือ ปัญหาด้านจิตใจจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่ได้รับในระยะท้าย ความหวาดวิตกกังวลต่างๆ แต่ปัญหาด้านจิตใจและความต้องการในด้านอื่นๆ ของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพกลับถูกละเลยไม่ได้รับการให้ความสนใจเพราะมุ่งแต่มุ่งเน้นที่การรักษาตัวโรค

ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่โรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายแล้วจึงควรมุ่งเน้นการดูแลที่ “ตัวผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ” แทนการมุ่งเน้นที่ “ตัวโรค” ซึ่งเป็นการดูแลแบบครอบคลุมทุกด้านของความเป็นมนุษย์ของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพได้รับการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดจากจากตัวโรค และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น การได้มีเวลาในการทบทวนชีวิตและย้อนระลึกถึงคุณงามความดีในชีวิตที่ผ่านมา การช่วยดูแลเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพสามารถก้าวข้ามความคับแค้นใจ ความขุ่นข้องหมองใจ การเยียวยาหรือฟื้นฟูความสัมพันธ์ที่ร้าวฉานกับญาติมิตร หรือการได้แสดงออกถึงความรักความผูกพัน ความปรารถนาดี และการให้อภัยกันระหว่างผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพและครอบครัว ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพได้มีโอกาสในการเตรียมตัวและทำวาระสุดท้ายของชีวิตให้สมบูรณ์

ความสำคัญของผู้ดูแลต่อผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ และเป็นการให้การดูแลโดยไม่หวังผลตอบแทน ผู้ดูแลที่แท้จริงอาจจะเป็นสามีหรือภรรยา ลูกหลาน ญาติ พี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

ของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพก็ได้ ผู้ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะสุดท้ายจึงมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพอย่างมาก ต้องรับหน้าที่แทนบุคลากรทางการแพทย์ ต้องใช้เวลาและอาศัยความละเอียดรอบคอบ เพราะผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพจะรู้สึกหวาดกลัว ว้าเหว เจ็บปวด ไม่รู้จะเป็นอย่างไรต่อไป แต่ทุกวันผ่านไปนั้นเหมือนกับจะไม่มีเวลาสิ้นสุด ผู้ดูแลต้องให้ความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การอยู่ใกล้ชิดและสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพในทุกเวลาที่ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพต้องการ หากผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลแล้ว อาการป่วยของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพก็จะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และอาจทำให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมีอาการเลวลง ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคและทราบวิธีการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพอย่างถูกวิธี ก็จะช่วยให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพไม่ต้องทรมานจากภาวะสุดท้ายของชีวิต

การเตรียมพร้อมของญาติและผู้ดูแล

การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะสุดท้ายเป็นงานหนัก บางครั้งญาติมักเครียดและเจ็บป่วยไปด้วย ดังนั้น ญาติจำเป็นต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่สำคัญอันนี้ ญาติหลายคนมุ่งให้ความสำคัญกับผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพจนละเลยตนเอง เช่น นอนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ดี และขาดการออกกำลังกายจนร่างกายเสื่อมโทรม บางครั้งพลอยเจ็บป่วยไปด้วย อย่างไรก็ตาม ญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพไปด้วย ดังนี้

1. การรับประทานอาหารและพักผ่อนให้พอเพียง รวมถึงออกกำลังกาย เช่น เมื่อผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพบริหารร่างกาย เล็กๆ น้อยๆ หรือสวดมนต์ ก็ทำไปด้วยกัน เป็นต้น
2. ดูแลความเครียด ค้นหาโอกาสในการผ่อนคลายหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพบ้างโดยไม่รู้สึกลบ บางครั้งญาติอาจรู้สึกเครียด เพราะอาการของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพไม่ดีขึ้น ก็ขอให้เข้าใจว่าทุกคนมีชะตากรรมเป็นของตนเอง ไม่สามารถห้ามได้
3. ผลัดเวรกันดูแลช่วยกันแบ่งเบาภาระ สภาพชีวิตที่ทุกคนต่างมีภาระในการหาเลี้ยงชีพและหาเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ทำให้บางครั้ง ไม่สามารถดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเองได้ หรือยกภาระการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพให้กับญาติคนใดคนหนึ่ง หรือจ้างผู้ดูแลส่วนตัว อาจทำให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพและญาติที่ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวและจมอยู่กับความทุกข์เพียงลำพัง ฉะนั้น การผลัดกันมาดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จึงเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระที่ตกหนักอยู่ที่ญาติคนใดคนหนึ่งได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของทุกคนดีขึ้นได้มาก

4. หากความรู้ในการดูแล การมีความรู้ในเรื่องโรค อาการของโรค วิธีการดูแล การบรรเทาอาการเจ็บปวด จะช่วยลดความกลัวและความกังวลของญาติในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพ และสามารถดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สรุป แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การให้ยาในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การจัดสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม และการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพระยะสุดท้าย

บทสรุป การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพให้มีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ต้องได้รับการดูแลทุกด้าน ทั้งด้านการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการใช้ยา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ ซึ่งต้องใช้ผู้ที่มีความรู้ด้านสาธารณสุขและการแพทย์ และครอบครัว ญาติ ผู้ใกล้ชิด

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จึงศึกษาเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ด้านการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าเป็นโรคคุณความดี และจะต้องมีความรู้สึกที่ตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ, 2536) ซึ่งต่อมาโรเซนสต็อกได้สรุป องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้ง การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974) ต่อมาเบคเกอร์

(Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกำบังกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการกำบังกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงเสี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อกำบังกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรคตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าจะตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อกำบังกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinzelman, 1962; Elling, & Green, 1960)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อกำบังกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อกำบังกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและกำบังกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและกำบังกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือกำบังกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย

ของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัยชีวสังคม เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

สรุป

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์นำมาเป็นกรอบแนวคิด โดยแยกเป็น

ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแล ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแล

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

1. ความหมาย สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีแรงสนับสนุน ทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัวเช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ณัฏกร สุทธิวรรณ (2555) ได้ให้ความหมาย ไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมนั้น ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน และวัตถุประสงค์ต่างๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุน อสม. เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่า มีคนรักมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้น จากความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยทางด้านอารมณ์สังคม วัตถุประสงค์ รวมทั้ง ข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนักสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ได้ตามความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติแล้วกลุ่มสังคมจัดแบ่งออก ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม มีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางเอาไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็น

อย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรสส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครูพระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ณัฐกร นิลเนตร, 2560)

3. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง

3.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม เฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน ณัฏกร สุทธิวรรณ, 2555) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

4.1 แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4.4 การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

สรุป

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้แรงสนับสนุน

ทางด้านเครื่องมือ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์นำมาเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมทางเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้ดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัว

ความสัมพันธ์ที่ดีจะก่อให้เกิดความเข้าใจความเห็นใจและความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอยู่อย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ลักษณะสัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิมก่อนการเจ็บป่วยจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและผูกพันแต่หากสัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าเต็มใจ

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการจัดการในตัวผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพร่วมกัน ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถรับความเข้าใจกันได้ ขณะเดียวกันความขัดแย้งดังกล่าวก็อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันและนำไปสู่บรรยากาศในครอบครัวที่ตึงเครียดในระยะต่อไป

ภาวณี พรหมบุตร (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากผลการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

สุภาพ เหมือนชู (2557) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง จากผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพและสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดแบบวิธีการมุ่ง

แก้ปัญหากลุ่มตัวอย่างได้ โดยที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำนายการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการมุ่งแก้ปัญหาได้มากที่สุด

วิสาขา วัชรศิริบันลือ (2554) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในทางบวกในระดับต่ำ

วชิราพรพรณ เทพิน (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

กวรรณิกา กันรัตน์ (2559) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กัลยา วงศ์อามาตย์ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกรดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จากการผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติกรดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติกรดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมสมองได้

บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

หทัยชนก สุชีโต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ

สุธิตา ล้ามช้าง (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จากการผลการศึกษากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

กัลยา วงศ์อามาตย์ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมอที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จากการผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมอที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมอได้

นัทยชนก สุจิต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ

ภาวิณี ลาโยธี (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็น ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็น

ทิวารรณ เตือนยัง (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ

บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

หทัยชนก สุทธิโต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสามารถร่วมทำนายการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันของผู้ดูแล

บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแล สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

หทัยชนก สุทธิโต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2557) ได้ศึกษาเรื่องญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม จากการผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของญาติ

อรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จากการผลการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนการบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

หทัยชนก สุจิต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และสามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

สุภาพ เหมือนชู (2557) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง จากผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดแบบวิธีการมุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำนายการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการมุ่งแก้ปัญหาได้มากที่สุด

วิสาข์ วัชรศิริบันลือ (2554) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัวในทางบวกในระดับปานกลาง

ทิวารวรรณ เกื้อนยัง (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า จากภาววิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพ

วารุณี มีเจริญ (2560) ได้ศึกษาเรื่องญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ความเข้าใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

วชิราพรรณ เทพิน (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังก้องด้านสุขภาพได้

หทัยชนก สุจิต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ชัญญานุช ไพรวงษ์ (2559) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

วชิราพรรณ เทพิน (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้

หทัยชนก สุขิโต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การศึกษา ระยะเวลาในการดูแล

ภาวิณี พรหมบุตร (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากการผลการศึกษา พบว่า รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ธมลวรรณ สีนาค (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า อายุ สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

จิรภา เพียรพนัสสัก, และลลิตา นิธิฐประศาสน์.สุนทรวิภาต (2560) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ดวงกมล หน่อแก้ว (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการดูแล ส่งผลต่อการภาวะในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

รศรินทร์ เกรย์, และสาลิณี เทพสุวรรณ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า อาชีพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

อรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จากการผลการศึกษา พบว่า รายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

หทัยชนก สุโขโต (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษา พบว่า อายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล และได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ตัวแปรในการศึกษา จึงมากำหนดกรอบแนวคิดได้ตัวแปรต้น 4 ปัจจัย ประกอบด้วย

1. ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล และความเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ
2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแล ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับ ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแล
4. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการดูแล
สุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีษะนาถ จังหวัดสุโขทัย และเพื่อศึกษา
ปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีษะนาถ
จังหวัดสุโขทัย โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ดูแลหลักดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ด้านสุขภาพ ซึ่งได้มาจากทะเบียนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพอำเภอศรีษะนาถ จังหวัดสุโขทัย
ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 358 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยการใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน
(กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N \pi (1-\pi)}{Z_{\alpha/2}^2 \pi (1-\pi) + N d^2}$$

เมื่อ

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำนวน 358 คน

$Z_{\alpha/2}^2$ แทน ค่าที่ได้จากตารางแจกแจงปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนด

(95% = 1.96) (ทดสอบสองทาง)

π แทน ค่าสัดส่วนที่ศึกษา (ค่าสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.5) (ดวงกมล นน่อแก้ว, 2558; สุธาสิณี
เจียประเสริฐ, 2562; อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, 2560; วารุณี มีเจริญ, 2557)

d^2 แทน ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าจริง (กำหนดที่ 95%)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (358)(0.5)(1-0.5)}{(1.96)^2 (0.5)(1-0.5) + (358)(0.50)^2}$$

$$n = \frac{343.68}{1.855}$$

$$n = 185.272$$

$$n = 185$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 185 คน แต่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 คน เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน กระจายตัวอยู่ในแต่ละตำบลของอำเภอศรีษะนาถาย ทำให้บางพื้นที่อาจเกิดความผิดพลาดในการเก็บข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล โดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันหลายประเภท เช่น อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล เทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของประชากรในแต่ละตำบล ดังตาราง

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรที่ศึกษาจำแนกรายตำบล

ลำดับ	ตำบล	จำนวนประชากรที่ศึกษา (คน)	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (คน)
1	หาดเสี้ยว	62	33
2	ป่าจัว	26	14
3	แม่สำ	20	11
4	แม่สิน	90	49
5	บ้านดึก	16	8
6	หนองอ้อ	21	11
7	ท่าชัย	30	16
8	ศรีษะนาถาย	27	14
9	ดงคู	27	14
10	บ้านแก่ง	12	6
11	สารจิต	27	14
	รวม	358	190

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลแล้ว จึงสุ่มรายชื่อจากทะเบียนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2558 ในแต่ละตำบลดังกล่าว โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) แบบจับฉลากโดยไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ดูแลหลักดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ซึ่งได้มาจากทะเบียนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดสุโขทัย โดยให้การยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

- 1.1 เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่บ้าน มีระยะเวลาดูแลไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 1.2 เป็นผู้มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เช่น สามี ภรรยา บุตร

เป็นต้น

- 1.3 หากที่บ้านมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน พิจารณาคัดผู้ดูแลที่มีระยะเวลาดูแลมากที่สุด

เข้า

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ
2. มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน
3. ย้ายบ้านออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ มีการวัดตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ตัวแปรต้น 4 ตัวแปร คือ ปัจจัยร่วม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับ ตัวแปรตาม คือ การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบวัดจากการค้นคว้าหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิด กำหนดให้เลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยภายในตัวบุคคลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ขอคำถาม วัดความรู้ ทัศนคติ และสัมพันธภาพในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

1. เป็นแบบสอบถามวัดความรู้ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามของหทัยชนก สุจิต (2553) จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ การแปลผลคะแนนโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1968) ดังนี้

กลุ่มผู้ดูแลที่มีความรู้ระดับมาก	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
กลุ่มผู้ดูแลที่มีความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79
กลุ่มผู้ดูแลที่มีความรู้ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

จากเกณฑ์ดังกล่าวแบ่งกลุ่มผู้ดูแลได้ ดังนี้

ความรู้ระดับ มาก	ได้คะแนนตั้งแต่ $10 \times 0.8 = 8$ ขึ้นไป
ความรู้ระดับ ปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ $10 \times 0.6 = 6 - 7$
ความรู้ระดับ น้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า 6

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามของหทัยชนก สุจิต (2553) ลักษณะข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลดังนี้

ข้อความที่เป็นเชิงบวก		ข้อความที่เป็นเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p.14) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00	หมายถึง	ทัศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99	หมายถึง	ทัศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99	หมายถึง	ทัศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ น้อย

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของวชิราพรพรณ เทพิน (2553) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เนื้อหาของแบบสอบถามครอบคลุมเกี่ยวกับ 2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงความรู้สึก หรือความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลอย่างมาก

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงความรู้สึก หรือความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลค่อนข้างมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของญาติผู้ดูแล

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

การให้คะแนนแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่เป็นเชิงบวก		ข้อความที่เป็นเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00

โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึง ทศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึง ทศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง ทศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ น้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ วัดการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รับรู้ประโยชน์ในการดูแล การรับรู้อุปสรรคในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามของ หทัยชนก สุชีโต (2553) ลักษณะข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 19 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลดังนี้

ข้อความที่เป็นเชิงบวก		ข้อความที่เป็นเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึงทัศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึงทัศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึงทัศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับ น้อย

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของหทัยชนก สุชีโต (2553) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน แบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยข้อคำถามมีจำนวน 13 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายในทางบวกทั้งหมด ดังนี้

การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	จำนวน 5 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 1 - 5
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน 5 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 6 - 10
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	จำนวน 5 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 11 - 13

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่า ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น มากที่สุด
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่า ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่า ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่า ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น เล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่า ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้นเลย

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

มากที่สุด	ให้	5 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00

โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{Maximum - Minimum} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึง ทักษะของผู้ดูแลอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึง ทักษะของผู้ดูแลอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง ทักษะของผู้ดูแลอยู่ในระดับ น้อย

ส่วนที่ 5 แบบวัดการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามของภรภัทร อิมโธฐ (2550) มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 7
2. การดูแลความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8 - 13
3. การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14-17
4. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18 - 25

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำ หรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติเลย

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00

โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{Maximum} - \text{Minimum} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึง ทักษะคิดของผู้ดูแลอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึง ทักษะคิดของผู้ดูแลอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง ทักษะคิดของผู้ดูแลอยู่ในระดับ น้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากสูตร (Rovinelli, & Hambleton, 1977) พบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 0.78

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

งานวิจัยนี้ คำนวณหาค่าดัชนีความเชื่อมั่น (α) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.750

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามทัศนคติ เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามสัมพันธภาพ เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามการรับรู้ เท่ากับ 0.74 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล เท่ากับ 0.86

จากนั้นนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ความยากง่าย (Difficulty)

งานวิจัยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล พิจารณาความยากง่ายและอำนาจจำแนก โดยมีเกณฑ์ค่าความยาก อยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และค่าอำนาจจำแนกมีค่า 0.20 ขึ้นไป แบบวัดเป็นรายข้อ จำนวน 10 ข้อ จากการทบทวนระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งระบุไว้ในหนังสือ ระเบียบวิธีวิจัย หลักการและแนวคิด เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัย ไว้ดังต่อไปนี้ (ณรงค์ พิธีพุกพานันท์, 2560) เมื่อทำการวิเคราะห์รายข้อทั้ง 10 ข้อ มีค่าความยากอยู่ที่ 0.55 - 0.69 มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ที่ 0.86 – 0.95

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ไม่มีการบันทึกชื่อสกุลและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ในระหว่างเก็บข้อมูลหากมีคำถามใดไม่สะดวกใจที่จะตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างได้ รวมทั้ง สามารถยุติการให้ความร่วมมือได้ตลอดเวลา และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

เก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขออนุมัติความเห็นชอบโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
2. ขออนุมัติสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสะเกษนาถีย เพื่อเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3. ทำการนัดผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ตามทะเบียนกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของแต่ละ รพ.สต. โดยจะนัด แห่งละ 1 วัน เพื่อลดภาระที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพตามรายชื่อที่ได้คัดเลือก ตามข้อ 3 หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแล ว่าตรงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด
5. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กับผู้ดูแลทราบ
6. นำแบบวัดไปแจกกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพตอบและขอรับแบบวัดคืนทันทีเมื่อเสร็จ หากมีข้อสงสัย สามารถซักถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ
7. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับและนำไปตรวจให้คะแนนทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-Square test) สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ
3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล และตัวพยากรณ์ที่ดีของการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 6.ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้

ส่วนที่ 4 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

ส่วนที่ 5 การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 6 .ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ส่วนที่ 1 ปัจจัยร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยร่วม (n = 190)

	ปัจจัยร่วม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		63	33.2
หญิง		127	66.8
อายุ			
ต่ำกว่า 20 ปี		3	1.6
20 - 40 ปี		44	23.2
41 - 60 ปี		112	58.9
60 ปีขึ้นไป		31	16.3
$\bar{x} = 47.73$ S.D. = 12.067 Min = 18 Max = 80			

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา ถึง ระดับประถมศึกษาปีที่ 6	120	63.15
ระดับมัธยมศึกษา ถึง ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	70	36.85
รายได้ต่อเดือน (ของครอบครัว)		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	13	6.8
2,001 - 4,000 บาท	43	22.6
4,001 - 6,000 บาท	46	24.3
6,001 - 8,000 บาท	35	18.4
8,000 บาท ขึ้นไป	53	27.9
$\bar{x} = 7345.96$ S.D. = 5778.61 Min = 700 Max = 50,000		
รายได้ต่อเดือน (ของผู้ดูแล)		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	72	37.9
2,001 - 4,000 บาท	69	36.3
4,001 - 6,000 บาท	33	17.4
6,001 - 8,000 บาท	9	4.7
8,000 บาท ขึ้นไป	7	3.7
$\bar{x} = 3491.23$ S.D. = 2672.35 Min = 500 Max = 23,000		
ระยะเวลาในการดูแล		
น้อยกว่า 6 ปี	116	61.1
6 - 10 ปี	39	20.5
11 - 15 ปี	20	10.5
16 - 20 ปี	9	4.7
มากกว่า 20 ปี	6	3.2
$\bar{x} = 7.26$ S.D. = 6.46 Min = 1 Max = 50		
ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่ท่านดูแล		
บุตร	125	65.8
อื่นๆ (สามี ภรรยา หลาน)	65	34.2

จากตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล และความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ (n = 190) พบว่า

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.8 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.2

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.93 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 21 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.2 และอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 16.3 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มไม่ได้ศึกษาถึงระดับ ประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 63.15

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีรายได้ 8,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.9 รองลงมา มีรายได้อยู่ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.3 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 2,001 - 4,000 คิดเป็นร้อยละ 22.6 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีส่วนมาก รายได้ ต่ำกว่า 2,000 คิดเป็น ร้อยละ 37.9 รองลงมา มีรายได้ อยู่ระหว่าง 2,001 - 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.3 และมีรายได้ อยู่ระหว่าง 4,001 - 6,000 คิดเป็นร้อยละ 17.4 ตามลำดับ

ระยะเวลาในการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงด้านสุขภาพ อยู่ในช่วง น้อยกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.1 รองลงมา อยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.5 และอยู่ระหว่าง 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.5 ตามลำดับ

ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.8

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ทักษะคิดต่อการดูแล สุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ (n = 190)

ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (8 - 10 คะแนน)	57	30.0
ปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	67	35.3
น้อย (0 - 6 คะแนน)	66	34.7
$\bar{x} = 2.04$ S.D. = 0.80 Min = 0 Max = 10		

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 30.0 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 34.7 ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n = 190)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	คำตอบ (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. การให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพดื่มน้ำมากๆ 2 - 3 ลิตรต่อวัน เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น	81.1	18.9
2. การฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่บ้าน ทำได้เฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น	44.2	55.8
3. การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีแผลกดทับ ป้องกันได้โดยการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมงและได้รับการตรวจผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า	67.9	32.1
4. สารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่มีแผลกดทับ คือ สารอาหาร ประเภทโปรตีน เช่น เนื้อปลา ไข่ เป็นต้น	57.4	42.6

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ	คำตอบ (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
5. สาเหตุที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากพันธุกรรมเท่านั้น	44.2	55.8
6. เมื่อผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพล้าล็กอาหาร ผู้ดูแลต้องให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพดื่มน้ำตามมากๆ	30.0	70.0
7. หากผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเกิดอาการแพ้ยา สามารถใช้ยาแก้แพ้ตามท้องตลาดให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพทานได้ทันที	53.7	46.3
8. เมื่อผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพหงุดหงิด ก้าวร้าว ผู้ดูแลต้องไม่ตำหนิ ได้เสียง	60.5	39.5
9. ห้องนอนต้องไม่มีโทรทัศน์ เพราะจะรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพได้	62.6	37.4
10. ข้าวของเครื่องใช้ค่านึงถึงสี่ เนื่องจากสายตาของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมักจะมองเห็น สีสว่างได้ดีกว่าสีทึบ ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพจะมองเห็นสีเหลืองสีส้มและสีแดงได้ดีที่สุด	61.6	38.4

จากตาราง 4 พบว่า ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ.1 (การให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพดื่มน้ำมากๆ 2 - 3 ลิตรต่อวัน เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น) คิดเป็นร้อยละ 81.1 รองลงมา คือ ข้อ 3.(การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่มีแผลกดทับ ป้องกันได้โดยการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง และได้รับการตรวจผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ ทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า) คิดเป็นร้อยละ 67.9 และ ข้อ 9 (ห้องนอนต้องไม่มีโทรทัศน์ เพราะจะรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพได้) คิดเป็นร้อยละ 62.6 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อ 6 (เมื่อผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพล้าล็กอาหาร ผู้ดูแลต้องให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพดื่มน้ำตามมากๆ) คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ ข้อ 2 และ 5 (การฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่บ้าน ทำได้เฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น/ สาเหตุที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากพันธุกรรมเท่านั้น) คิดเป็นร้อยละ 55.8 และข้อ 7 (หากผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเกิดอาการแพ้ยา สามารถ

ใช้ยาแก้แพ้ตามท้องตลาดให้ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพท่านได้ทันที) คิดเป็นร้อยละ 46.3 ตามลำดับ

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ (n = 190)

ระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.00 - 4.00$)	0	0.0
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.00 - 2.99$)	61	32.1
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 1.99$)	129	67.9
$\bar{x} = 1.32$ S.D. = 0.46		

จากตาราง.5 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.1

ตาราง 6 แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n = 190)

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. สภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ที่ท่านดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้	41.1	56.8	2.1	0.0
2. ท่านคิดว่า การควบคุมอาหารให้ผู้ที่ท่านดูแลเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก	2.7	37.9	48.9	10.5

ตาราง 6 (ต่อ)

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงด้านสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. ท่านคิดว่าผู้ที่ท่านดูแล ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของโรคกำเริบได้	1.52	35.8	43.2	19.5
4. ท่านคิดว่าผู้ที่ท่านดูแลเมื่อเกิดความเครียด ควรรับรับประทานยาคลายเครียดให้รู้สึกผ่อนคลาย คลายได้	5.2	32.1	43.2	19.5
5. ท่านคิดว่าควรให้ผู้ที่ท่านดูแล ใฝ่ฝัน ปละมตลอดเวลา เพื่อความสะดวกต่อการ การรับประทานอาหาร	4.7	29.5	52.1	13.7
6. ท่านคิดว่าผู้ที่ท่านดูแลอยู่ ไม่สามารถ ฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจได้	6.3	34.7	52.6	6.4
7. ท่านคิดว่าผู้ที่ท่านดูแล ไม่จำเป็นต้องดูแล อย่างใกล้ชิด	10.5	38.9	41.7	8.9
8. ถ้าท่านมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสภาวะของผู้ที่ท่านดูแล ก็จะสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้	26.3	62.6	10.6	0.5
9. การดูแลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เป็นการช่วยลดความรุนแรง ของโรคและอันตรายที่เกิดกับผู้ที่ท่านดูแลได้	29.5	62.9	2.6	5.0
10. การดูแลอย่างถูกต้องจะช่วยป้องกันโรค ไม่ให้อ่อนแอได้	39.5	56.3	4.2	0.0

จากตาราง 6 พบว่า ข้อคำถามที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 1 (สภาพร่างกาย
จิตใจ และสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ที่ท่านดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้)
คิดเป็นร้อยละ 41.1 รองลงมา คือ ข้อ 10 (การดูแลอย่างถูกต้องจะช่วยป้องกันโรคไม่ให้อ่อนแอได้)
คิดเป็นร้อยละ 39.5 และ ข้อ 9.(การดูแลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นการช่วยลด

ความรุนแรงของโรคและอันตรายที่เกิดกับผู้ที่ท่านดูแลได้).คิดเป็นร้อยละ 29.5.ตามลำดับ.ส่วนข้อคำถามที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 3 และ 4 (ท่านคิดว่าผู้ที่ท่านดูแล ไม่ควรออกกำลังกายเพราะอาจทำให้อาการของโรคกำเริบได้/ท่านคิดว่าผู้ที่ท่านดูแลเมื่อเกิดความเครียดควรมารับประทานยาคลายเครียดเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายได้) คิดเป็นร้อยละ.19.5 รองลงมา คือ ข้อ 5 (ท่านคิดว่าควรให้ผู้ดูแลใส่หน้ากากตลอดเวลา เพื่อความสะอาดต่อการรับประทานอาหาร). คิดเป็นร้อยละ.13.7 และข้อ 2 (ท่านคิดว่าควรควบคุมอาหารให้ผู้ดูแลเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก) คิดเป็นร้อยละ.10.5 ตามลำดับ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ (n = 190)

ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.00 - 4.00$)	29	15.3
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.00 - 2.99$)	161	84.7
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 1.99$)	0	0.0
$\bar{x} = 2.15$ S.D. = 0.36		

จากตาราง.7 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง.คิดเป็นร้อยละ 84.7.รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 15.3 ตามลำดับ

ตาราง 8 แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n = 190)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าคุณที่ท่านดูแลเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน	54.2	42.1	3.2	0.5
2. ท่านยอมรับผู้ที่คุณดูแล ตามสภาพที่เป็นอยู่ได้	38.9	57.9	3.2	0.0
3. ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ที่คุณดูแลได้	30.5	63.7	4.2	1.6
4. ท่านไม่ถือเป็นเรื่องอารมณ์ เมื่อผู้ที่คุณดูแลมีอาการหลงลืม	32.1	56.8	5.3	5.8
5. ท่านห่วงใยสุขภาพของผู้ที่คุณดูแล	51.6	45.8	2.6	0.0
6. ท่านให้เกียรติผู้ที่คุณดูแล ในฐานะที่เป็นผู้อาวุโสภายในครอบครัว	51.1	45.8	3.2	0.0
7. ท่านรับฟังคำแนะนำต่างๆ จากผู้ที่คุณดูแล	33.7	61.6	4.7	0.0
8. ท่านรู้สึกว่าคุณที่ท่านดูแลเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว	43.7	53.7	2.6	0.0
9. ท่านและผู้ที่คุณดูแล ตัดสินใจแก้ไขปัญหา ร่วมกัน	35.8	57.4	6.3	0.5
10. ท่านรู้ใจผู้ที่คุณดูแลว่าชอบและต้องการอะไร	38.9	50.0	11.1	0.0

จากตาราง 8.พบว่า ข้อคำถามที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ.1 (ท่านรู้สึกว่าคุณที่ท่านดูแลเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน) คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมา คือ ข้อ 5 (ท่านห่วงใยสุขภาพของผู้ที่คุณดูแล).คิดเป็นร้อยละ 51.6 และ ข้อ 6 (ท่านให้เกียรติผู้ที่คุณดูแล ในฐานะที่เป็นผู้อาวุโสภายในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 51.1.ตามลำดับ. ส่วนข้อคำถามที่เห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ข้อ 4 (ท่านไม่ถือเป็นเรื่องอารมณ์ เมื่อผู้ที่คุณดูแลมีอาการหลงลืม) .คิดเป็นร้อยละ 5.8.รองลงมา คือ ข้อ 3 (ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ที่คุณดูแลได้) .คิดเป็นร้อยละ. 1.6 และข้อ 1.และ 9

(ท่านรู้สึกว่าคุณที่ท่านดูแลเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน/ท่านและผู้ที่ท่านดูแล ตัดสินใจแก้ไขปัญหาร่วมกัน) คิดเป็นร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้

ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค (n = 190)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.00 - 4.00$)	17	8.9
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.00 - 2.99$)	167	87.9
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 1.99$)	6	3.2
$\bar{x} = 2.05$ S.D. = 0.34		

จากตาราง 9 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.9 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 8.9 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (n = 190)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.00 - 4.00$)	23	12.1
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.00 - 2.99$)	165	86.8
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 1.99$)	2	1.1
$\bar{x} = 2.11$ S.D. = 0.34		

จากตาราง 10 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ.ส่วนใหญ่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ที่มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.8 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 12.1 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการดูแล (n = 190)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.00 - 4.00$)	27	14.2
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.00 - 2.99$)	157	82.6
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 1.99$)	6	3.2
$\bar{x} = 2.11$ S.D. = 0.40		

จากตาราง 11 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ.ส่วนใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.6 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 14.2 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแล (n = 190)

ระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.00 - 4.00$)	12	6.3
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.00 - 2.99$)	119	62.6
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 1.99$)	59	31.1
$\bar{x} = 1.75$ S.D. = 0.56		

จากตาราง 12 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ.ส่วนใหญ่ การรับรู้อุปสรรคในการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.6 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.1 และอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

ตาราง 13 แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้จำแนกรายข้อ (n = 190)

การรับรู้	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ				
1. สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน	28.9	33.7	35.8	1.6
2. สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่สามารถลูกหลานรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้	27.9	37.4	32.1	2.6
3. สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่ทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	28.4	41.0	24.2	6.4
4. การให้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ให้ยาที่ไม่ตรงกับอาการให้ยาไม่ตรงเวลา เป็นต้น ทำให้อาการของผู้ที่ท่านดูแลนั้นรุนแรงยิ่งขึ้น หรืออาจจะทำให้เสียชีวิตลงได้	32.1	54.7	11.6	1.6
5. สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความรุนแรงมากขึ้น	29.5	62.1	6.3	2.1
6. การบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับสภาพสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้	34.2	55.3	10.0	0.5
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค				
7. หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ และความคุมความดันโลหิตสูงได้ จะทำให้โรคมีอาการรุนแรงมากขึ้น	31.6	61.0	7.4	0.0

ตาราง 13 (ต่อ)

การรับรู้	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8. หากเกิดแผลกดทับกับผู้ที่ท่านดูแล จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรง และสภาพร่างกายของผู้ที่ท่านดูแลอาจจะทรุดลงได้	31.1	58.9	10.0	0.0
9. หากผู้ที่ท่านดูแลนอนท่าเดียวนานๆ อาจเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย	31.1	62.6	5.3	1.0
10. หากไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อติดแข็งได้	28.4	63.2	8.4	0.0
11. หากผู้ที่ท่านดูแลขับเสเมหะได้ไม่เหมาะสมอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอดได้ง่าย	26.8	67.9	3.7	1.6
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ				
12. หากท่านดูแลเอาใจใส่ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเป็นอย่างดีจะช่วย ทำให้จิตใจผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ ร่าเริง แจ่มใส	26.8	44.8	26.3	2.1
13. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมความรุนแรงของโรคได้	35.8	56.3	7.4	0.5
14. เมื่อท่านมีความสงสัยในเรื่องการดูแลท่านไม่กล้าซักถามแพทย์หรือเจ้าหน้าที่	20.5	37.5	35.8	6.2
15. ยาที่รับประทานมีหลายชนิดทำให้เกิดการ	19.5	32.1	36.8	11.6
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ				
16. การดูแลมีรายละเอียดมากไม่สามารถทำได้หมดและปฏิบัติได้ยาก	16.8	41.1	35.8	6.3

ตาราง 13 (ต่อ)

การรับรู้	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
17. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องยากลำบากและเสียเวลา	15.8	44.2	36.8	3.2
18. การบริหารร่างกายอย่างเหมาะสม สม่่าเสมอและถูกวิธี จะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น	35.3	60.5	3.7	0.5
19. การดูแลที่ถูกวิธีและหมั่นสังเกตอาการที่ผิดปกติ จะช่วยรักษาอาการได้อย่างทันท่วงที่ สับสนไม่สามารถรับประทานได้ครบและถูกต้อง	34.7	45.8	16.8	2.6

จากตาราง 13 พบว่า ข้อคำถามที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 15 (การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมความรุนแรงของโรคได้) คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมา คือ ข้อ 16 (การบริหารร่างกายอย่างเหมาะสม สม่่าเสมอและถูกวิธี จะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น).คิดเป็นร้อยละ 35.3 และข้อ 17 (การดูแลที่ถูกวิธีและหมั่นสังเกตอาการที่ผิดปกติจะช่วยรักษาอาการได้อย่างทันท่วงที่) คิดเป็นร้อยละ 34.7.ตามลำดับ.ส่วนข้อคำถามที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 14 (การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องยากลำบากและเสียเวลา) คิดเป็นร้อยละ 11.6 รองลงมา คือ ข้อ 3.(สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่ทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำประจำวัน).คิดเป็นร้อยละ.6.4 และข้อ.13.(การดูแลมีรายละเอียดมากไม่สามารถทำได้หมดและปฏิบัติได้ยาก) คิดเป็นร้อยละ 6.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (n = 190)

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.68 - 5.00$)	3	1.6
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.34 - 3.67$)	178	93.7
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 2.33$)	9	4.7
$\bar{x} = 1.96$ S.D. = 0.24		

จากตาราง.14 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.7 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ (n = 190)

การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.68 - 5.00$)	6	3.2
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.34 - 3.67$)	181	95.3
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 2.33$)	3	1.6
$\bar{x} = 2.01$ S.D. = 0.21		

จากตาราง.15 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.3 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.2 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ (n = 190)

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ	จำนวน	ร้อยละ
มาก ($\bar{x} = 3.68 - 5.00$)	23	12.1
ปานกลาง ($\bar{x} = 2.34 - 3.67$)	159	83.7
น้อย ($\bar{x} = 1.00 - 2.33$)	8	4.2
$\bar{x} = 2.08$ S.D. = 0.40		

จากตาราง.16 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.7 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 12.1 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

ตาราง 17 แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุน ทางสังคม จำแนกรายข้อ (n = 190)

แรงสนับสนุนทางสังคม	การสนับสนุน (ร้อยละ)			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว				
1. บุคคลในครอบครัวให้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่านและผู้ที่ท่านดูแล	22.1	53.7	22.6	1.6
2. บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจ ใตตามความทุกข์สุขของท่าน	27.4	57.4	11.1	4.2
3. บุคคลในครอบครัวปล่อยให้ท่านดูแลโดยลำพัง	6.8	40.0	35.4	17.8
4. บุคคลในครอบครัวให้ความร่วมมือในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแล	28.9	57.9	10.0	3.2
5. บุคคลในครอบครัวเต็มใจช่วยดูแลแทน เมื่อท่านติดภารกิจหรือกิจกรรมต่างๆ	25.8	57.9	13.2	3.1

ตาราง 17 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	การสนับสนุน (ร้อยละ)			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ				
6. ท่านได้รับคำแนะนำและคำอธิบายเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกวิธีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	34.2	57.4	7.9	0.5
7. ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติเพื่อเป็นคู่มือการรักษาโรค	30.5	55.2	13.2	1.1
8. ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รักษา เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้	1.1	10.0	54.7	34.2
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเวลาที่ท่านพาผู้ที่ท่านดูแลไปรับบริการ	15.3	35.8	40.5	8.4
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้คำแนะนำกับท่านในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ที่ท่านดูแล	0.5	9.5	67.4	22.6
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ				
11. ท่านได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต ช่วยทำให้ท่านรู้วิธีการดูแลมากขึ้น	0.5	9.0	64.7	25.8
12. ท่านได้รับความรู้ ข่าวสาร จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของการดูแล ทำให้ท่านมีกำลังใจในการดูแลมากขึ้น	0.5	10.5	57.9	31.1
13. ท่านได้รับข่าวสารทางสื่อออนไลน์ เช่น ยูทูป เฟสบุ๊ก เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องกับสภาพของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทำให้ท่านปรับตัวในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น	3.2	10.5	56.8	29.5

จากตาราง.17 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมากที่สุด คือ ข้อ 6 (ท่านได้รับคำแนะนำและคำอธิบายเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่) คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ ข้อ 4 (บุคคลในครอบครัวให้ความร่วมมือในการตัดสินใจปัญหาเกี่ยวกับการดูแล) คิดเป็นร้อยละ 28.9 และ ข้อ 2 (บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจ ได้ถามความทุกข์สุขของท่าน) คิดเป็นร้อยละ 27.4 ส่วน แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับน้อยที่สุด คือ ข้อ 8 (ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รักษา เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้) คิดเป็นร้อยละ.34.2.รองลงมา คือ ข้อ 12.(ท่านได้รับความรู้ ข่าวสาร จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่นกำลังใจในการดูแลมากขึ้น) คิดเป็นร้อยละ 31.1 และ ข้อ 13 (ท่านได้รับข่าวสารทางสื่อออนไลน์ เช่น ยูทูป เฟสบุ๊ค เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องกับสภาพของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ท่านปรับตัวในการดูแล) คิดเป็นร้อยละ 29.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพ (n = 190)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก ($\bar{x} = 3.00 - 4.00$)	23	12.1
ดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.00 - 2.99$)	148	77.9
ไม่ดี ($\bar{x} = 1.00 - 1.99$)	19	10.0
$\bar{x} = 2.02$ S.D. = 0.47		

จากตาราง.18 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ มีการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.9 รองลงมา อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 12.1 และอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ

ตาราง 19 แสดงร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพ จำแนกรายข้อ (n = 190)

การดูแลสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวัน				
1. ท่านดูแลให้ผู้ที่ท่านดูแลได้รับปริมาณอาหาร และคุณประโยชน์ ที่เพียงพอในแต่ละวัน	51.1	35.8	10.5	2.6
2. ท่านดูแลความสะอาดปากและฟันให้กับผู้ที่คุณดูแล	44.7	31.6	13.2	10.5
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายให้กับผู้ ที่ท่านดูแล	47.9	36.3	9.5	6.3
4. ท่านดูแลให้ผู้ที่ท่านดูแลขับถ่ายได้อย่างถูก สุขลักษณะ	52.5	30.0	11.2	6.3
5. ท่านอาบน้ำ/เช็ดตัวให้ผู้ที่ท่านดูแล ได้อย่าง เหมาะสม	48.9	35.3	11.1	4.7
6. ท่านดูแลให้ผู้ที่ท่านดูแลได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ	46.8	38.9	12.7	1.6
7. ท่านดูแลให้ผู้ที่ท่านดูแล ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง อย่างถูกต้อง	61.6	32.6	4.7	1.1
การดูแลความปลอดภัยและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน				
8. ท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ท่านดูแล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ที่อาจจะเกิดขึ้น	52.6	36.4	10.5	0.5
9. ท่านจัดที่นอนให้ผู้ที่ท่านดูแล ให้แห้งสะอาด และ ปราศจากสิ่งของมีคม สัตว์หรือแมลงต่างๆ	51.6	37.4	8.4	2.6
10. ท่านเคลื่อนย้ายตัวผู้ที่ท่านดูแล ระวังไม่ให้เกิด อุบัติเหตุ หรือ หกล้ม	48.4	38.9	8.0	4.7

ตาราง 19 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
11. ท่านสังเกตผิวหนังของผู้ที่ท่านดูแล ว่าพบรอย ผดผกิดต่างๆหรือไม่ เช่น รอยฟกช้ำ รอยแมลงกัด เป็นต้น	37.4	48.4	11.6	2.6
12. ท่านดูแลให้การนวดเบาๆ เพื่อลดอาการแทรก ซ้อนต่างๆ	30.5	41.1	24.2	4.2
13. ท่านจัดท่านอนที่เหมาะสม และพลิกตะแคงผู้ ที่ท่านดูแล เพื่อป้องกันแผลกดทับ	41.6	36.3	12.6	9.5
การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา				
14. ท่านได้พยายามหาสาเหตุเมื่อผู้ที่ท่านดูแล หงุดหงิด โมโหบ่อยครั้ง เพื่อหาทางแก้ไข	34.7	47.4	14.2	3.7
15. ท่านสังเกตอาการผดผกิดของผู้ที่ท่านดูแล เช่น ซีก ตาค้าง เป็นต้น	37.4	45.3	11.0	6.3
16. ท่านดูแล ป้องกันการสำลัก ในขณะที่ผู้ที่ท่าน ดูแลรับประทานอาหาร	44.7	40.0	11.6	3.7
17. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายให้กับผู้ ที่ท่านดูแล	32.6	26.4	30.6	10.4
การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ				
18. ท่านดูแลให้ผู้ที่ท่านดูแลขับถ่ายได้อย่างถูก สุขลักษณะ	29.5	40.0	23.7	6.8
19. ท่านเปิดวิทยุ โทรทัศน์ให้ผู้ที่ท่านดูแลยามว่าง	38.9	44.3	14.7	2.1
20. ท่านไม่เคยตำหนิผู้ที่ท่านดูแล	37.9	32.6	15.3	14.2
21. ท่านชมเชยผู้ที่ท่านดูแล เมื่อมีพัฒนาการ ตอบสนองที่ดีขึ้น	38.9	45.4	8.9	6.8

ตาราง 19 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
22. ท่านพาผู้ที่ท่านดูแลนั่งเก้าอี้ หรือประคองให้เดินช้าๆ ตามความเหมาะสม	43.2	36.3	13.1	7.4
23. ท่านพูดให้ช้า และรับฟังผู้ที่ท่านดูแลให้มากขึ้น	53.2	35.3	8.9	2.6
24. ท่านกระตุ้นให้ผู้ที่ท่านดูแลได้มีการเคลื่อนไหว	49.5	35.2	9.5	5.8
25. ท่านบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อผู้ที่ท่านดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย	51.6	34.7	9.0	4.7

จากตาราง.19 พบว่า การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ ข้อ.7 (ท่านดูแลให้ผู้ที่ท่านดูแล ได้รับยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง) คิดเป็นร้อยละ 61.6 รองลงมา คือ ข้อ 23 (ท่านพูดให้ช้า และรับฟังผู้ที่ท่านดูแลให้มากขึ้น) คิดเป็นร้อยละ 53.2 และ ข้อ 8 (ท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ท่านดูแล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น) คิดเป็นร้อยละ 52.6 ตามลำดับ ส่วน การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติ คือ ข้อ 20 (ท่านไม่เคยตำหนิผู้ที่ท่านดูแล) คิดเป็นร้อยละ 14.2 รองลงมา คือ ข้อ 2 (ท่านดูแลความสะดวกปากและฟันให้กับผู้ดูแล) คิดเป็นร้อยละ 10.5 และ ข้อ 17.(ท่านดูแลรักษาความสะดวกของร่างกายให้กับผู้ที่ท่านดูแล) คิดเป็นร้อยละ 10.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Eta และสถิติ Pearson correlation

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติ Eta กับตัวแปรที่เป็นเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ การศึกษา และความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ พบว่า เพศ การศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล (ตาราง 20)

ตาราง 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ การศึกษา ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ กับ การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของ ผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Eta ($n = 190$)

ปัจจัย	การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ด้านสุขภาพของผู้ดูแล	
	Eta	P – Value
เพศ	0.448	0.441
การศึกษา	0.483	0.133
ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ	0.473	0.201

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติ Pearson correlation กับตัวแปรที่เป็นเชิง ปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว รายได้ของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแล ความรู้ของผู้ดูแล ทักษะคิด ของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพแลพ การรับรู้ความรุนแรง เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล การรับรู้อุปสรรคใน การดูแล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ และ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำมากกับ การดูแลที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.178, P = 0.014$) ระยะเวลาที่ดูแล มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับต่ำกับการดูแลที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของ ผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.242, P = 0.000$) การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการดูแลที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.394, P = 0.000$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการดูแลที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.350, P = 0.000$) การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับการดูแลที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.179, P = 0.014$) การรับรู้อุปสรรคในการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ ในระดับต่ำกับการดูแลที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.295, P = 0.000$) การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับการ ดูแลที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.263, P = 0.000$) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการดูแล

ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.409$, $P = 0.000$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.441$, $P = 0.000$)

ส่วนรายได้ของครอบครัว รายได้ของผู้ดูแล ความรู้ของผู้ดูแล ทักษะชีวิตของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล (ตาราง 21)

ตาราง 21 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของสัมพันธภาพ ระหว่าง เพศ การศึกษา ระยะเวลาที่ดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีการพึ่งพิงด้านสุขภาพ กับ การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Pearson correlation ($n = 190$)

ปัจจัย	การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล	
	r	P – Value
อายุ	0.178	0.014*
รายได้ของครอบครัว	-0.011	0.885
รายได้ของผู้ดูแล	0.094	0.196
ระยะเวลาที่ดูแล	-0.242	0.000**
ความรู้ของผู้ดูแล	0.133	0.068
ทักษะชีวิตของผู้ดูแล	-0.072	0.324
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	0.125	0.085
การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค	0.394	0.000**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.350	0.000**
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล	0.179	0.014*
การรับรู้อุปสรรคในการดูแล	0.295	0.000**
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0.263	0.000**
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ	0.409	0.000**
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ	0.441	0.000**

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล
ในเขตอำเภอศรีษะชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ดูแล การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล การรับรู้อุปสรรคในการดูแล การสนับสนุนจาก
บุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจาก
แหล่งต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา พบว่า การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ
ขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ทดสอบข้อตกตั้งเบื้องต้น คือ ตัวแปรอิสระ
และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) มีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน
มีการแจกแจงแบบปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนมีความอิสระต่อกัน โดยนำค่าที่ได้ 1.56 ไปเทียบกับ
เกณฑ์การแปลค่าของ Durbin – Watson กำหนดค่าเข้าใกล้ 2 (มีช่วงระหว่าง 1.5 – 2.5) และตัว
แปรอิสระด้วยกันจะไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ซึ่งค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่า VIF (Variance Inflation Factor) ต้องไม่เกิน 10 ค่า Tolerance
มีค่าสูงสุดไม่เกิน 1 ซึ่งพบว่า ค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุดคือ 0.790 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และมี
ค่า VIF (Variance Inflation Factor) ที่มีค่ามากที่สุดคือ 1.265 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มี
ความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity (ดังตาราง 22)

ตาราง 22 แสดงค่า Variance Inflation Factor (VIF) ของการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง
ตัวแปรที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล
(n = 190)

ตัวแปร	VIF
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ (x_{18})	1.263
การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค (x_{12})	1.220
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ (x_{17})	1.265
ระยะเวลาที่ดูแล (x_8)	1.087
อายุ (x_2)	1.067
การรับรู้อุปสรรคในการดูแล (x_{14})	1.122

ตาราง 23 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้วยวิธี Stepwise (n = 190)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	Beta	t	Sig
1. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ (x ₁₈)	2.099	0.548	0.250	3.828	<.001*
2. การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค(x ₁₂)	0.704	0.250	0.180	2.813	.005
3. การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ(x ₁₇)	1.418	0.458	0.202	3.097	.002
4. ระยะเวลาที่ดูแล (x ₈)	-0.405	0.119	-0.206	-3.400	.001
5. อายุ (x ₂)	0.191	0.063	0.181	3.021	.003
6. การรับรู้อุปสรรคในการดูแล (x ₁₄)	0.910	0.455	0.123	1.998	.047

Constant (a) = 8.152

R = 0.618

R² = 0.383

Adjust R² = 0.362

F = 3.993

*P-value<0.05

จากตาราง 23 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล มี 6 ปัจจัย ได้แก่ 1).การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ 2).การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค.3) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ.4).ระยะเวลาที่ดูแล.5).อายุ.และ. 6) การรับรู้อุปสรรคในการดูแล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล มี 6 ตัวแปร ได้แก่

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีอำนาจในการทำนาย การดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลสูงสุด (Beta = 0.250) รองลงมาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค (Beta = 0.180) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ (Beta = -0.202) ระยะเวลาที่ดูแล (Beta = -0.206) อายุ (Beta = 0.181) และการรับรู้อุปสรรคในการดูแล (Beta = 0.123) ตามลำดับ โดยตัวแปร 6 สามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถสร้างสมการในการทำนายการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\hat{Y} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

$$\text{สมการ } \hat{Y} = 8.152 + 2.099 (X_{18}) + 0.704 (X_{12}) + 1.418 (X_{17}) - 0.405 (X_8) + 0.191 (X_2) + 0.910 (X_{14})$$

เมื่อ \hat{Y} = การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

β_0 = ค่าคงที่ (Constant)

$\beta_1, \beta_2, \beta_p$ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ

X_{18} = การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

X_{12} = การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค

X_{17} = การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ

X_8 = ระยะเวลาที่ดูแล

X_2 = อายุ

X_{14} = การรับรู้อุปสรรคในการดูแล

ดังนั้น สามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ได้ดังนี้

การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล = $8.152 + 2.099$ (การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ) + 0.704 (การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค) + 1.418 (การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ) - 0.405 (ระยะเวลาที่ดูแล) + 0.191 (อายุ) + 0.910 (การรับรู้อุปสรรคในการดูแล)

อธิบายได้ดังนี้

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 2.099 เมื่อคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.099

การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.704 เมื่อคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.704 คะแนน

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 1.418 เมื่อการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐเพิ่มขึ้น 1 คะแนน การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.418 คะแนน

ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ -0.405 เมื่อระยะเวลาการดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลจะลดลงเท่ากับ 0.405 คะแนน

อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.191 เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 คะแนน การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.191 คะแนน

การรับรู้อุปสรรคในการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.910 เมื่อระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.910 คะแนน



บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการดูแล
สุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะ
ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

โดยผู้วิจัยนำเสนอบทสรุปในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 66.8) อายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 58.9) การศึกษา ไม่ได้ศึกษา ถึง ระดับประถมศึกษาปีที่ 6
(ร้อยละ 63.1) มีรายได้ของครอบครัว 8,000 บาท ขึ้นไป/เดือน (ร้อยละ 27.9) รายได้ของผู้ดูแล
ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 37.9) มีระยะเวลาในการดูแล น้อยกว่า 6 ปี (ร้อยละ 61.1) และ
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 65.8) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มี
ภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.3) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการดูแล
สุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 67.9) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่
มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.7)
กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ อยู่ในระดับ
ปานกลาง (ร้อยละ 87.9) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ที่มีภาวะ
ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.8) การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะ
ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.6) การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ที่มีภาวะ
ฟุ้งฟิงด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับการ
สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.7) การสนับสนุนจาก
เจ้าหน้าที่บริการของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.3) และ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่ง
ต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.7)

ผลการวิเคราะห์การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับ ดีปานกลาง (ร้อยละ 77.9)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า มี 6 ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ (x18) การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค (x12) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ (x17) ระยะเวลาที่ดูแล (x8) อายุ (x2) และการรับรู้อุปสรรคในการดูแล (x14) ที่ระดับนัยสำคัญต่ำกว่า 0.05 โดยสามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ร้อยละ 38.3

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องปัจจัยปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย สามารถนำมา อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ มีการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับดีปานกลาง อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างชัดเจน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการเยี่ยมบ้าน แนะนำ และดูแล จากบุคลากรสาธารณสุข แต่ในบางพื้นที่ความครอบคลุมการให้บริการยังไม่ทั่วถึงทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และสามารถดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับดีปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีผลและสามารถทำนายการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ชอนำเสนอตามสมมุติฐานดังนี้

ปัจจัยร่วม พบว่า ตัวแปร อายุ และระยะเวลาการดูแล มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จึงเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนตัวแปร เพศ รายได้ต่อเดือน การศึกษา และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุ พบว่า มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี ซึ่งมีวุฒิภาวะสูง จึงเกิดความตระหนักถึงความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้ป่วย ต้องให้ความสนใจ และใส่ใจกับสุขภาพของผู้ที่มี

ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวว่า อายุจะเป็นตัวบ่งชี้ ภูมิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพล ในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธมลวรรณ สีนาค (2560) พบว่า อายุ สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์ (2561) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ศึกษาในทุกเพศ ไม่ได้เจาะจงที่เพศชายอย่างเดียว

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีผลต่อทางลบการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อมีระยะเวลาการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเพิ่ม มากขึ้น อาจเป็นผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย หรือท้อแท้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพได้ จึงส่งผลทำให้มีการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลลดลง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้ โดยไม่สอดคล้องกับแนวคิด (Chickering, 1969) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีความอดทนที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น และการเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาตนเองไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ไม่สอดคล้องกับดวงกมล หน่อแก้ว (2558) พบว่า ระยะเวลาในการดูแล ส่งผลต่อการภาวะในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยศึกษาจากผู้ดูแลที่บ้าน ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพนั้นใช้ระยะเวลาในการดูแลนานกว่าการดูแลที่โรงพยาบาล ทำให้ผล การศึกษาไม่สอดคล้องกัน

เพศ พบว่า ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จึงไม่ เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งอธิบายได้ว่า ไม่ว่าผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ก็มีการดูแลสุขภาพที่เหมือนกัน สอดคล้องกับ จิรภา เพียรพนัสสัก, และลลิตา นิพิฐุประศาสน์ สุนทรวิภาต (2560) ได้ศึกษา ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า เพศไม่มีผลต่อ ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรภา เพียรพนัสสัก,

และลลิตา นิธิฐประศาสน์ สุนทรวิภาต (2560) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแล พบว่า ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะรายได้ต่อเดือนในแต่ละเดือนของครอบครัวและตนเองนั้น ไม่ว่าจะมียาได้มากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวิณี พรหมบุตร (2557) พบว่า รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พบว่า ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะบุคคลใดก็ตาม ก็สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ไม่ว่าจะเป็นสามี/ภรรยา พ่อ/แม่ ลูก หลาน หรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว รวมถึงญาติมิตร ก็สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ และจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ทำให้การดูแลเป็นไปโดยตามวัฒนธรรมประเพณีของสังคมไทย ที่เลี้ยงดูพ่อแม่ผู้พ่ามีความกตัญญูแก่ที่เป็นพื้นฐาน จึงทำให้ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย รศรินทร์ เกรย์ และสาลิณี เทพสุวรรณ (2557) พบว่า ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจาก ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ทำให้ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีความหลากหลายมากกว่าการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล พบว่า ตัวแปร ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทักษะต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ดังนี้

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย พบว่า ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพนั้น ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในการการดูแลเท่านั้น แต่สามารถได้รับการฝึกสอนปฏิบัติจริงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. Caregiver ได้ และจากการที่ปฏิบัติซ้ำๆบ่อยครั้งจึงทำให้เกิดทักษะที่สามารถให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ (Bloom, 1968; Gage, & Berliner, 1992) ที่กล่าวว่า ความรู้แม้จะจำเป็นในการปฏิบัติการดูแล แต่ความรู้อย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ (2557) ที่พบว่า ความรู้

ความเข้าใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง พบว่า ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ อยู่ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.9) อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จะต้องยอมรับและตระหนักถึงสภาพของภาวะที่ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพเป็นอยู่ ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล บางรายไม่สามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องคอยดูแลบำบัดฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ หากผู้ดูแลไม่เข้าใจ ไม่สามารถยอมรับสภาพที่ประสบปัญหาได้ ก็อาจจะส่งผลต่อทัศนคติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ (2559) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแล

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง พบว่า ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะสัมพันธภาพจะเป็นบุคคลใดก็ตามที่อาศัยอยู่ในครอบครัวนั้น หรือเป็นญาติใกล้ชิด ก็สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวินี พรหมบุตร (2557) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และด้วยบริบทของอำเภอศรีสัชชนาลัย ที่ยังคงเป็นสังคมชนบท ทำให้ครอบครัวแต่ละครอบครัวนั้น เป็นครอบครัวขยายเป็นกลุ่มคนประกอบด้วย พ่อ แม่และลูก ตลอดจนถึงเครือญาติของพ่อแม่ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย รวมทั้ง ลุง ป้า น้า อา อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอยู่เป็นพื้นฐาน ดังนั้น ไม่ว่าจะสัมพันธภาพจะลึกซึ้ง หรือ ชัดแย้งกันมากน้อยแค่ไหน การดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพก็ไม่ได้มีผลต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอำเภอศรีสัชชนาลัย

ปัจจัยการรับรู้ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จึงเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ มีผลต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา กันรัตน์ (2559) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับ

วารุณี มีเจริญ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีผลต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะสามารถแสดงออกทางพฤติกรรม ต้องมีความตระหนักถึงข้อจำกัด หรือ อุปสรรค ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ แยก หากการรับรู้อุปสรรคดีขึ้น บุคคลจะเกิดกระบวนการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (Becker, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับ สุภาพ เหมือนชู (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีผลต่อ ความเครียดของผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้เกิดการความเข้าใจในภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอยู่แล้ว ประกอบกับการดูแลในด้านภาวะแทรกซ้อนนั้นอยู่ในระดับดี ทำให้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงสอดคล้อง สุธิศา ล่ามช่าง (2560) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลซึ่งเป็นข้อมูลทางลบตีแล้ว ทำให้เพียงพอที่จะเกิดความตระหนักถึงผลการดูแลสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ สอดคล้องกับ ภาวินี ลาโยธิ (2562) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อภาวะในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการมองเห็น

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ผลการศึกษา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จึงเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ พบว่า มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จึงเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งอธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ในด้านการดูแลสุขภาพ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยรู้วิธีการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะปัจจุบันผู้ดูแลใช้สาร์ทโฟนและอินเทอร์เน็ตเป็นส่วนใหญ่ ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ สามารถเข้าถึงได้ง่าย บางพื้นที่มีการตั้งกลุ่มไลน์เฉพาะผู้ดูแล

ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อแชร์ความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองไปยังกลุ่ม โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ แคพเพลน (Caplan, 1976) ซึ่งกล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลที่ได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติที่ น้อง เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสูเป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ สอดคล้องกับ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2557) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีผลต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และสอดคล้องกับ รัชนีกร เกียรติ และ สาลินี เทพสุวรรณ (2557) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จึงเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งอธิบายได้ว่า การได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การดูแล ข้อมูล และการบริการจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับคำปลอบโยน ความปลอบใจ ได้ระบายความคับข้องใจที่เก็บกดมานานที่ไม่สามารถบอกให้ใครฟังได้ จนเกิดความรู้สึกอับอวน มั่นคงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ยิ่งได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางที่จะนำมาใช้ตัดสินใจแก้ไขปัญหามากขึ้น สามารถเลือกใช้แนวทางที่ดีที่สุดตามที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ตัวเลือก ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพและผู้ดูแลเอง สอดคล้องกับ วารุณี มีเจริญ (2557) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐมีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และสอดคล้องกับ ศตวรรษ อุดรศาสตร์ (2561) พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเป็นบุตร จึงทำให้การดูแลบุพการีเป็นภาระหน้าที่ของตนเอง ประกอบกับลักษณะของครอบครัวที่ศึกษานี้ มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผู้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันจำนวนไม่มาก ทำให้การสนับสนุนจากบุคคลอื่นในครอบครัวไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรภา เพียรพนัสสัถ, และลลิตา นิพิฐประศาสน์สุนทรวิภาต (2560) พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานระดับอำเภอ ควรมีนโยบายการสนับสนุนกลุ่มผู้ดูแล ที่มาจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

2. หน่วยงานปฏิบัติงาน ควรหาวิธีในเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับ ความรุนแรงโรค และประโยชน์ของการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ แก่กลุ่มผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีข้อมูลมีแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหากลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในบ้านได้

3. หน่วยงานระดับอำเภอและตำบล ควรหามาตรการช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลที่บ้าน หรือเสริมเพิ่มเติมจำนวนผู้ดูแลที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นเวลานาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแล เพราะระยะเวลาทำหน้าที่ดูแลยาวนานยิ่งมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรต่อยอดพัฒนารูปแบบการเพิ่มการเข้าถึงอย่างมีคุณภาพในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และเป็นแนวทางต่อการสนับสนุนแก่หน่วยงานสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานระดับตำบล และอำเภอ



บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กวรรณิกา กันรัตน์. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 60(5), 523-534.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2555). *คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)*. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย.
- กัญญาพัชร นิยมสัจย์, ศรีมณา นิยมคำ, และสุธิตา ล่ำซ่าง. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 47(1), 66-76.
- กัลยา วงศ์อำมาตย์. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรภา เพียรพนัสลัก, และลลิตา นิพิฐประศาสน์ สุนทรวิภาต. (2560). *ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ณัฐกร นิลเนตร. (2560). *ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบ้านโป่ง* จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(39), 36-44.
- ณรงค์ โพธิ์พุกชานันท์. (2560). *ระเบียบวิธีวิจัย หลักการและแนวคิด เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัย*. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรีนซ์.
- ณัชกร สุทธิวรรณ. (2555). *ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน* โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดวงกมล หน่อแก้ว. (2558). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1* (น.187-197). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.

- ทิวาวรรณ เกื้อนัยง. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉมลวรรณ สีนาค. (2560). *ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บดินทร์ บุญจันทร์. (2553). *ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอำนาจเจริญ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประกอบ แก้วฟุ้ง (ผู้ปสาฎกถา). (2560). *นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชชนาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา จริตรัมย์. (2556). *ความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวที่บ้าน*. สืบค้น 18 สิงหาคม 2562, จาก <http://www.amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/13%20Nittaya%20thai.pdf>
- พรรณรัตน์ นนทสิ สละ (ผู้ปสาฎกถา). (2560). *สรุปรายงานการดำเนินงานสาธารณสุข 2560*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชชนาลัย.
- ภรภัทร อิมโอสฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภาวิณี พรหมบุตร. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.
- ภาวิณี ลาโยธิ. (2562). *ภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็น*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 354-360.
- รศรินทร์ เกรย์, และสาลินี เทพสุวรรณ. (2557). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. *วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์*, 20(1), 203-228.
- โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย. (2560). *เวชระเบียน*. สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย.
- ลัทภู ฑูโต. (2553). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว*. *สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- วชิราพรรณ เทพิน. (2553). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ัจฉา สีละพัฒนะ, และสายพิน หัตถ์รัตน. (2562) “เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว” (*Working with caregiver burnout*). สืบค้น 18 สิงหาคม 2562, จาก https://www.med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4
- วัชรกร ประนิล. (2559). ภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 32(1), 8-17.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารสมาชิบดี พยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิลาห์ วัชรศิริบรรลือ. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์. (2561). ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”* (น.451-461). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). *รายงานผู้พิการประจำปี 2560*. สืบค้น 10 ตุลาคม 2558, จาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2559). *โครงสร้างประชากร*. สืบค้น 10 ตุลาคม 2558, จาก <https://moc.ocsc.go.th>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สุธาสิณี เจียประเสริฐ. (2563). การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน: ประสบการณ์การพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(1), 105-115.
- สุภาพ เหมือนชู. (2557). ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- หทัยชนก สุโขโต. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล. (2560). การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร, 45(1), 75-86.
- อรินทร์ จรุงสิทธิ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Best, J. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1968). *Mastery learning UCLA – CSEIP evaluation comment*. Los Angeles: University of California.
- Caplan, R. D. (1976). *Adhering to medical regimens: Pilot experimental in patient education and social support*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Chickering, A. W. (1969). *Education and Identity*. San Francisco: Jossey-Bass series in higher education.
- Elling, R., Whittemore, R., & Green, M. (1960). Patient participation in a pediatric program. *Journal of Health and Human Behavior*, 1(1), 183-191.
- Gage, N. L., & Berliner, D. C. (1992). *Educational psychology* (5th ed.). Houghton: Mifflin and Company.
- Green, L. W. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing.

- Heinzelman, F. (1962). Factor in prophylaxis behavior in treating rheumatic fever: An exploratory study. *Journal Health Human Behavior*, 3(3), 73-81.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monograph*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลำดับที่



แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน และกรอกข้อความลงในช่องว่างตามความคิดเห็นและความเป็นจริง ขอได้โปรดตอบคำถามทุกข้อ ขอขอบพระคุณในความกรุณาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา
 1.ต่ำกว่าประถมศึกษา 2.ประถมศึกษา
 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5.อนุปริญญา/ปวส. 6.ปริญญาตรีขึ้นไป
 7.อื่นๆ (ระบุ)
4. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ.....บาท
5. รายได้ของท่านเฉลี่ยเดือนละ.....บาท
6. ระยะเวลาการดูแล.....ปี
7. ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่ท่านดูแล
 1. บุตร 2. หลาน 3. สามี/ภรรยา
 4. บิดามารดา 5. อื่นๆ (ระบุ).....
8. อาชีพของท่าน
 1. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2. ลูกจ้างชั่วคราว/ประจำ 3. รับจ้าง
 4. เกษตรกรรม 5. อื่นๆ (ระบุ).....

9. โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ความดันโลหิตสูง 2. เบาหวาน 3. หัวใจ
 4. ไตวาย 5. ข้อกระดูกเสื่อม 6. ปัญหาการ

มองเห็น

7. อื่นๆ (ระบุ).....

10. ระดับ ความสุข ของท่านในปัจจุบัน (เลือกตอบได้ข้อเดียว)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ให้ตรงกับระดับความรู้สึกมีความสุขของท่าน

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

มีความสุขน้อยที่สุด มีความสุขปานกลาง มีความสุขมากที่สุด
 คะแนน 10 หมายถึง มีความสุขมากที่สุด
 คะแนน 5 หมายถึง มีความสุขปานกลาง
 คะแนน 0 หมายถึง มีความสุขน้อยที่สุด
 โดยที่คะแนนจะลดหลั่นตามระดับความสุขของท่าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

- ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ
 ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

ข้อที่	ข้อความ	ไม่	ไม่ใช่	ไม่ ทราบ
1.	การให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ 2 - 3 ลิตรต่อวัน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น			
2.	การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทำได้เฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น			
3.	การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ป้องกันได้โดยการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง และได้รับการตรวจผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า			
4.	.....		
5.	.....		
6.	.....		
7.	.....		
8.	.....		
9.	.....		
10.	ข้าวของเครื่องใช้จำเป็นถึงสี่ เนื่องจากสายตาของผู้ป่วยมักจะมองเห็นสี่สว่างได้ดีกว่าสี่ทึบ ดังนั้น ผู้ป่วยจะมองเห็นสี่เหลือง สีส้ม และสีแดง ได้ดีที่สุด			

2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.	สภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ที่ท่านดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้				
2.	ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารให้ผู้ที่ท่านดูแล เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก				
3.	ท่านคิดว่าผู้ที่ท่านดูแล ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของโรคกำเริบได้				
4.	.....			
5.	.....			
6.	.....			
7.	.....			
8.	.....			
9.	.....			
10.	การดูแลอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันโรคไม่ให้ รุนแรงได้				

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพกับผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน
ช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงของท่าน
มากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
1.	ท่านรู้สึกว่าคุณที่ท่านดูแลเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต ของท่าน				
2.	ท่านยอมรับผู้ที่ท่านดูแล ตามสภาพที่เป็นอยู่ได้				
3.	ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ที่ท่าน ดูแลได้				
4.	.....			
5.	.....			
6.	.....			
7.	.....			
8.	.....			
9.	.....			
10.	ท่านรู้จักผู้ที่ท่านดูแลว่าชอบและต้องการอะไร				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน
ช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละ
คำถามดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้นมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้น
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
1.	สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน				
2.	สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่สามารถกลุกลามรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้				
3.	สภาวะที่ผู้ที่ท่านดูแลเป็นอยู่ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน				
4.	.....			
5.	.....			
6.	.....			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค					
7.	หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ และความคุมความดันโลหิตสูงได้ จะทำให้โรคมีอาการรุนแรงมากขึ้น				
8.	.....			
9.	.....			
10.	.....			
11.	.....			
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล					
13.	การดูแลมีรายละเอียดมาก ไม่สามารถจำได้หมดและปฏิบัติได้ยาก				
14.	การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องยากลำบากและเสียเวลา				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
15.				
16.				
การรับรู้อุปสรรคในการดูแล					
17.				
18.				
19.				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

ช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว					
1.	บุคคลในครอบครัวให้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่านและของผู้ที่ท่านดูแล				
2.	บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจ ได้ตามความทุกข์สุขของท่าน				
3.	.....			
4.	.....			
5.	.....			
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ					
6.	ท่านได้รับความแนะนำและคำอธิบายเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกวิธีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
7.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติเพื่อเป็นคู่มือการรักษาโรค				
8.	.....			
9.	.....			
10.	.....			
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ					
11.	ท่านได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต ช่วยทำให้ท่านรู้วิธีการดูแล มากขึ้น				
12.	.....			
13.	.....			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำ หรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากกว่า 3 วันต่อ

สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อ

สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวัน					
1.	ท่านดูแลให้ผู้ที่ท่านดูแลได้รับปริมาณอาหารและคุณประโยชน์ ที่เพียงพอในแต่ละวัน				
2.	ท่านดูแลความสะอาดปากและฟันให้กับผู้ที่ท่านดูแล				
3.	ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายให้กับผู้ที่ท่านดูแล				
4.	.....			
5.	.....			
6.	.....			
7.	.....			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การดูแลความปลอดภัยและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน					
8.	ท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ท่านดูแล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น				
9.	ท่านจัดที่นอนผู้ที่ท่านดูแล ให้แห้งสะอาด และปราศจากสิ่งของมีคม สัตว์หรือแมลงต่างๆ				
10.	ท่านเคลื่อนย้ายตัวผู้ที่ท่านดูแล ระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ หรือ หกล้ม				
11.	.....			
12.	.....			
13.	.....			
การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา					
14.	ท่านได้พยายามหาสาเหตุเมื่อผู้ที่ท่านดูแล หงุดหงิด โมโหบ่อยครั้ง เพื่อหาทางแก้ไข				
15.	ท่านสังเกตอาการผิดปกติของผู้ที่ท่านดูแล เช่น ชัก ตาค้าง เป็นต้น				
16.	ท่านดูแล ป้องกันการสำลัก ในขณะที่ผู้ที่ท่านดูแลรับประทานอาหาร				
17.	.....			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ					
18.	ท่านพาผู้ที่ท่านดูแลไปเที่ยว หรือพักผ่อนนอก สถานที่ตามความเหมาะสม				
19.	ท่านเปิดวิทยุ โทรทัศน์ให้ผู้ที่ท่านดูแล ยามว่าง				
20.	ท่านไม่เคยตำหนิผู้ที่ท่านดูแล				
21.	.....			
22.	.....			
23.	.....			
24.	.....			
25.	.....			

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COE No. 056/2017
IRB No. 0248/60



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ (ICH-GCP) และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ของผู้ดูแล ในเขตอำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
Study Title : Factors affecting the health care dependent on caregiver. In the Srisatchanalai District Sukhothai Province

ผู้วิจัยหลัก : นายทริภักดิ์ วัฒนาวาพงษ์
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560
4. สรุปโครงการเพื่อการศึกษาพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560
5. โครงการวิจัยฉบับเต็ม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560
6. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560
7. รายละเอียดงบประมาณการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560
8. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 มีนาคม 2560

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิววาทย์ ดาดี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม : 20 เมษายน 2560
Date of Exemption : April 20, 2017

หมายเหตุ 1. ไม่ฟ้องส่วนใดที่เพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) รายงานความก้าวหน้า (Progress Report) และรายงานสรุปผลการวิจัย (Final Report)
2 หากมีกรณีใดโครงการวิจัยยกเว้นการรับรอง ให้ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำเป็นโครงการวิจัยใหม่