

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา:
กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย



นางสาว คัทรียา รัตนวิมล

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1178-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ROLE STRAIN OF FAMILY CAREGIVERS OF DEPENDENT ELDERLY:
A CASE STUDY OF THE MUNICIPALITY OF
SUKHOTHAI PROVINCE

Miss Cathareeya Rattanawimol

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1178-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา:
กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย
โดย นางสาว คัทรียา รัตนวิมล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โสภานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ)

คัทรียา รัตนวิมล: ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา:
กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย (ROLE STRAIN OF FAMILY CAREGIVERS
OF DEPENDENT ELDERLY: A CASE STUDY OF THE MUNICIPALITY OF SUKHOTHAI
PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษา: อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 139 หน้า
ISBN 974-17-1178-6

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความเครียดในบทบาทและความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา 2) เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และ 3) เพื่อศึกษาความเครียดในบทบาทจากมุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย ที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 100 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุและแบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .95 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t – test และ One Way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดในบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยและมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย
2. เพศชาย และ เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ระดับอายุ ที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ระดับการศึกษา ที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
5. ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้บ้างไม่พอใช้บ้างและผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลในระดับที่ต่ำ มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม สูงกว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลในระดับที่สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยมที่มากกว่า มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม ในระดับที่สูงกว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมที่น้อยครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
8. การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากมุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทสูงพบว่า ความเครียดในบทบาทมีประเด็นหลักครบทั้ง 9 ด้านตามกรอบแนวคิด

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... **ลายมือชื่อนิสิต**.....
ปีการศึกษา.....2545..... **ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษา**.....

4377622536: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: FAMILY CAREGIVERS / ROLE STRAIN / DEPENDENT ELDERLY

CATHAREEYA RATTANAWIMOL: ROLE STRAIN OF FAMILY CAREGIVERS
OF DEPENDENT ELDERLY: A CASE STUDY OF THE MUNICIPALITY OF SUKHOTHAI
PROVINCE. THESIS ADVISOR: JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA. RN.,Ph.D. 139 pp.
ISBN 974-17-1178-6

The purposes of this study were 1) to study the family caregivers' role strain and preparedness in caregiving for the dependent elderly, 2) to compare the family caregivers' role strain by personal factors, amount of visit, preparedness of family caregivers and 3) to explore viewpoints of family caregivers who had high level of role strain. Subjects were 100 family caregivers of dependent elderly received primary care services provided by Sukhothai Hospital. Content validity and reliability of the research instruments the Role Strain Scale and the Preparedness for Caregiving Scale were established. The Cronbach alpha coefficients were .95 and .85. The data were analyzed by t – test and One Way ANOVA.

Major findings were as follows:

1. Role Strain and Preparedness in Caregiving of family caregivers are at a low level.
2. There were no significant difference in the mean of total role strain among male and female family caregivers.
3. There were no significant difference in the mean of total role strain among high and low level of age of family caregivers.
4. There were no significant difference in the mean of total role strain among high and low level of education of family caregivers.
5. There were significant difference at the level of .05 in the mean of total role strain, family caregivers who reported insufficient in income had the mean of total role strain more than those who are sufficient .
6. There were significant difference at the level of .05 in the mean of total role strain, family caregivers who low level of preparedness in caregiving had the mean of total role strain more than those who are high level.
7. There were significant difference at the level of .05 in the mean of total role strain, family caregivers who more visit from primary care service had the mean of total role strain more than those who are less visit .
8. Findings from qualitative study confirmed that family caregivers had 9 major components of role strain.

Field of study.....Nursing Science.....Student' s signature.....

Academic year.....2002..... Advisor' s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของอาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ เอาใจใส่และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี ตลอดจนช่วยแนะแนวทางแก้ปัญหาและมีวิธีคิดที่เป็นแบบอย่างที่ดีซึ่งทำให้ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งมาก จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ. โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โททกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านโดยเฉพาะอาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่ให้คำแนะนำและกำลังใจ ขอกราบขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาสับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบพระคุณพี่น้องๆพยาบาลแผนกการพยาบาลหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลสุโขทัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ ผสส. อสม. ที่ให้ความเอื้อเฟื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณประชากร “ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา” ที่ร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และขอขอบคุณ คุณพรพรรณราย คุณนวลพรรณ กัลยาณมิตรของผู้วิจัยที่ให้การช่วยเหลือหาข้อมูลและประสานงานในการลงพื้นที่ รวมทั้งให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอ และขอบคุณเพื่อนๆ พี่น้องร่วมรุ่นที่ช่วยเติมเต็มกำลังใจให้กันตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาด้วยกันมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ - คุณแม่ และคุณยาย ที่ปลูกฝังความรู้ ความอดทน และหล่อหลอมสิ่งดีงามแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอปิ่นน้องแชมป์ และ น้องกรด ที่มีส่วนร่วมในการพิมพ์วิทยานิพนธ์ทั้งช่วยรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดเวลา บุคคลที่ต้องขอขอบคุณด้วยใจอีกท่าน คือ คุณสกล รัตนวงค์วิจิตร ที่เสียสละอย่างมากด้วยการทำงานที่มากและหนักขึ้น เพื่อให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสใช้เวลาในการศึกษาได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งให้กำลังใจรวมถึงข้อคิดเห็นและวิธีการศึกษาที่ดีตลอดมา

ความปรารถนาดีจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและกำลังใจที่เข้มแข็งในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ และพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตตลอดจนใช้ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ศัทธิยา รัตนวิมล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ทฤษฎีการสูงอายุ.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา.....	22
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	28
ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล.....	37
การเยี่ยมบ้าน.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรที่ศึกษา.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
วิธีการสร้างเครื่องมือ.....	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะ.....	103
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก.....	115
ภาคผนวก ก การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวม เป็นรายคู่.....	116
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	120
ภาคผนวก ค หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	122
ภาคผนวก ง หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	128
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	130
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของแผนกการรักษาพยาบาลหน่วย ปฐมภูมิของโรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัย ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย	52
2	ค่าความเที่ยงของแบบวัดในการทดลองใช้ และค่าความเที่ยงของประชากร ที่ศึกษา.....	58
3	จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การมีผู้ช่วยเหลือ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม.....	63
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำแนกตามอายุ สาเหตุ การเจ็บป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ฐาน (ADL).....	66
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายด้านและรวมทุกด้าน.....	67
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแลผู้สูงอายุ จำแนก เป็นรายข้อ.....	68
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม จำแนกเป็นรายข้อ	69
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน จำแนกเป็นรายข้อ	69
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากความวิตกกังวล จำแนกเป็นรายข้อ.....	70
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย จำแนกเป็นรายข้อ.....	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท จำแนกเป็นรายข้อ	72
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง จำแนกเป็นรายข้อ.....	73
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง จำแนกเป็นรายข้อ.....	75
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม จำแนกเป็นรายข้อ.....	75
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ และรวมทุกข้อ	76
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสูงอายุทั้ง 9 ด้าน และโดยรวม โดยจำแนกตาม เพศ.....	77
17	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม.....	78
18	ลักษณะเบื้องต้นของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความเครียดในบทบาทสูง.....	80

สารบัญภาพ

แผนภูมิ

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย.....	50
-----------------------------	----



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การศึกษา และการสื่อสาร ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ จากสถิติประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันมี 5.7 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 62.5 ล้านคน และ คาดว่าในปี พ.ศ.2549 หรือในอีก 5 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุในประเทศไทยจะสูงถึงเกือบ 7 ล้านคน หรือ คิดเป็นประชากรร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)

นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในด้านต่างๆส่งผลให้แบบแผนการดำเนิน ชีวิตและการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปโดยพบว่ามีภาระเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มจำนวนขึ้น ดังจะเห็นได้จากการเปรียบเทียบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2535 และปี พ.ศ.2539 (กองสถิติสาธารณสุข, 2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานจาก 67.50 เพิ่มเป็น 127.49 โรคความดันโลหิตสูงจาก 99.20 เพิ่มเป็น 147.34 โรคหัวใจจาก 72.30 เพิ่มเป็น 100.93 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Terstra และคณะ (1989) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 86 จะมีโรคเรื้อรังอยู่อย่างน้อยหนึ่งโรคอันเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการวิจัยเชิงสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี 2540 จากตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ 4,048 คน พบว่าร้อยละ 73 ของประชากรกลุ่มตัวอย่างมี ภาวะทุพพลภาพ ภาวะสมองเสื่อม หรือ ความผิดปกติเรื้อรัง อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งจัดเป็นภาวะพึ่งพา และจากการวิจัยนี้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ชี้ให้เห็นภาพชัดเจนว่า ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลมีอัตราของภาวะพึ่งพา สูงกว่า ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัย ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542)

จากสถิติสาเหตุการตายของประชากร 100,000 คนของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2540 ถึงปี พ.ศ. 2543 ซึ่งสาเหตุการตายที่อยู่ใน 5 อันดับแรกนั้นพบว่าเกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น (กองสถิติสาธารณสุข, 2543) โดยจากสถิติในภาพรวมของทุกจังหวัดในการเกิดโรคเรื้อรังรวมถึงสาเหตุ การตายนั้นมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งรวมทั้งในเขตภาคเหนือซึ่งเป็นเขตที่มีประชากร ผู้สูงอายุอยู่มากที่สุดคือร้อยละ 10.8 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) และจังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทยมีจำนวนประชากร รวมทั้งสิ้น 634,176 คน ซึ่งมีการเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2542 โดย

เพิ่มจากเดิมในปี พ.ศ.2541 ร้อยละ 32.67 (ฝ่ายแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2544) โดยในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัยเป็นชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุดของจังหวัดซึ่งมีความเป็นลักษณะของชุมชนเมือง และจากสถิติของฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัย(2544) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคประจำตัวที่พบได้มากและเป็นโรคเรื้อรังซึ่งอยู่ในสามอันดับแรกของโรคที่พบในจังหวัดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2542) ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ของโรคที่สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ ซึ่งในการที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังดังกล่าวนี้ หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลหรือมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดความก้าวหน้าของโรค หรือสภาวะสุขภาพทรุดโทรมลง ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันในชีวิตทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) จากการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือเพื่อมาทดแทนความสามารถของผู้สูงอายุ ผู้ที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุนั้นโดยทั่วไปในสังคมไทยจะเป็นไปในลักษณะที่ญาติพี่น้อง ลูกหลาน จะมีบทบาทในการให้การดูแลซึ่งเป็นการแสดงถึงความกตัญญูที่อันเป็นค่านิยมที่ครอบครัวยุคใหม่ให้การยอมรับ และเป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542; ศิริพันธ์ สาสัตย์, Bryar and Newens, 2543) และพบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านมากกว่าสถาบันอื่นๆ (Brow, 1996; Mac, 1978 อ้างใน อดุลย์ วิริยะเวชกุล และคณะ, 2540; Ebersol and Hess, 1990; Messecar, 2000; Pearlin et al., 1990) และเมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้นกิจกรรมต่างๆ ต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิม อาทิ ด้านการให้การดูแลทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วย ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นผู้ประสานงานในการติดต่อกับสถานพยาบาลรวมถึงเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจ (Horowitz, 1985; National Family Caregiver Association, 2000; ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2535; Archbold and Stewart, 1996) รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและต้องคอยปลอบโยนให้กำลังใจผู้สูงอายุ (Clark and Rakowski, 1983)จากบทบาทต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจัดเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยทำอยู่จึงจัดเป็นงานที่หนักในการกระทำ เพราะเวลาในแต่ละวันต้องหมดไปกับการให้การดูแลซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยาวนานอันจะส่งผลกับผู้ดูแลในด้านต่างๆ กล่าวคือ ในด้านหน้าที่การงาน การบริหารเวลา การมีอิสระ รวมถึงฐานะทางด้านเศรษฐกิจ (Jensen and Given, 1991) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุวรรณ จันทรประเสริฐ (2542) ที่ได้ทำการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกรณีที่เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ไม่รวมโรคไตวายเรื้อรัง) พบว่ามีค่าเงินในปี 2541 เท่ากับ 7,040.45บาทต่อคนต่อปีซึ่งนับว่า

เป็นค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อนำมาเทียบกับรายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อคนในปี 2541 ซึ่งมีเท่ากับ 54,168 บาท (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2542) จากสถานการณ์หลายๆด้านนั้นทำให้ผู้ดูแลต้องอยู่ในสภาพที่มีความเครียดที่สะสมเรื้อรัง (Oberst et al., 1989) และจัดเป็นความรู้สึกยากลำบากในการที่จะกระทำได้ในทุกๆกิจกรรมของแต่ละบทบาทในเวลาที่มีอยู่ในแต่ละวัน (Archbold et al., 1990 ; Given et al., 2001) จากการศึกษาที่ผู้ดูแลประเมินตัดสินว่ากิจกรรมที่ทำให้กับผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับการให้การดูแลในด้านต่างๆที่กล่าวถึงมานั้นเป็นความรู้สึกที่ยากลำบากในการกระทำ คือผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทเกิดขึ้น (Kuei-Re Chou, Linda and Joseph, 1999 ; Archbold and Stewart, 1996)

Archbold และคณะ(1990)ได้ให้ความหมายความเครียดในบทบาท (Caregiver Role Strain) ไว้ว่า เป็นความรู้สึกยากลำบากในการแสดงบทบาทของผู้ดูแล (caregiver's felt difficulty in performing the caregiver role) อันประกอบไปด้วย 9 ด้านคือ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (Strain from Direct Care) ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน (Strain from Lack of Resources) ความเครียดจากความวิตกกังวล(Strain from Worry) ความเครียดจากการขัดแย้งในบทบาท (Strain from Role Conflict) ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย(Strain from Economic Burden) ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง(Strain from Mismatched Role Expectations) ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม (Strain from Increase Tension) ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม(Strain from Manipulation) และความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล(Global Strain)

ความเครียดในบทบาท ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเบื้องต้นที่มีความสัมพันธ์กันกับความเครียดในบทบาทและจัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลคือ เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่า

เพศ ของผู้ดูแลที่ต่างกัน จะมีทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมต่างกัน บทบาทภายในบ้าน หรือในครอบครัวจะถูกมองว่าเป็นเรื่องของผู้หญิง เพศหญิงจะถูกคาดหวังจากสังคมว่าควรรับบทบาทหน้าที่การดูแลในครอบครัว จากการศึกษาของ Horowitz (1985 b) นั้นพบว่าบุตรชายจะมีระดับของความเครียดในบทบาทการให้การดูแลน้อยกว่าบุตรสาว ส่วนงานวิจัยของ Mui (1995) พบว่าเพศหญิงมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าเพศชาย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Neal Dayton และ Starrels (1997)

อายุ มีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งรวมทั้งกระบวนการคิดรู้และการตัดสินใจ(Hartshorn et al., 1993) อายุมีผลต่อการปรับตัวในการเผชิญความเครียดเนื่องจากมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีข้อจำกัดในการปรับตัวเผชิญความเครียด

(Clarke, 1984 อ้างอิงในนงลักษณ์ บุญเยี่ยม, 2537) และจากการศึกษาของ Buehler และ Lee (1992 in Given et al., 2001) พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีความเครียดในบทบาท มากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุเนื่องจากผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีบทบาทหลายอย่างที่ต้องกระทำทั้งบทบาทในสังคมและบทบาทภายในครอบครัว

การศึกษา พบว่าเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อความเครียดซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) พบว่าผู้ที่มีความรู้ดีจะสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงจึงอาจจะเกิดความเครียดในบทบาทน้อยกว่าผู้ที่ประเมินสถานการณ์ไม่ถูกต้อง และจากการศึกษาของ Lee, Brennan และ Daly (2001) พบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีจะมีสติปัญญา และการใช้เหตุผลดี มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับที่สูงและมีความเครียดในระดับที่ต่ำ

ความเพียงพอของรายได้ รายได้ของบุคคลเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเผชิญความเครียดช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) และจากการศึกษาของ Barusch และ Spaid (1989 in Given et al., 2001) พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอจำเป็นต้องมีการใช้เวลาของตนเองในการทำงานมากขึ้นในขณะที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยจึงทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ และจากงานวิจัยของ Bull (1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจำนวน 135 ราย พบว่ารายได้เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลภายหลังจากผู้ป่วยเรื้อรังหลังจากได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 เดือน และพบว่าครอบครัวที่มีความเพียงพอของรายได้จะรับรู้ภาวะในการดูแลน้อยลง

ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล (Preparedness) ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองว่ามีการ เตรียมตัว เตรียมใจ ได้ดีมากน้อยในระดับใดในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลรวมถึงการเผชิญต่อความเครียดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล นั้นได้แก่ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับร่างกายให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการกับความรู้สึกเครียดในการดูแล และ ความพร้อมโดยทั่วไปในการดูแล (Archbold et al., 1992) ซึ่งจากการศึกษา ของ Archbold และคณะ (1990) พบว่าหากผู้ดูแลมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลในระดับสูงนั้นจะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลง

นอกจากนี้จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมในแต่ละสัปดาห์ของแต่ละรายนั้นอาจมีผลต่อระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Reele, 1994) โดยพบว่าทีมสุขภาพจะพิจารณาจัดการเยี่ยมตามสภาพอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญอีกทั้งพิจารณาจำนวนวันและเวลาของทีมสุขภาพที่มีในแต่ละเดือน (Alexy, Benjamin – Coleman and Brown, 2001)

จากสถิติโรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัยพบว่าในช่วงเดือนมกราคม 2541 ถึงเดือน ธันวาคม 2542 มีผู้สูงอายุมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากปี 2541 คิดเป็นร้อยละ 18.29 และช่วงเดือนมกราคม 2542 ถึงเดือนธันวาคม 2543 มีผู้สูงอายุมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากปี 2542 คิดเป็นร้อยละ 36.36 และในแผนกผู้ป่วยในพบว่าผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในแผนกต่างๆ ด้วยโรคเรื้อรังในช่วงปี 2542 เพิ่มขึ้นจากเดิมในปี 2541 ร้อยละ 45.18 จากสถิติดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลมีการวางแผนในการป้องกันการอุดตันเตียง (Bed Block) โดยการให้บริการเชิงรุกมุ่งสู่ชุมชนซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงมีการขยายงานเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านหลังจากที่ผู้สูงอายุได้รับการอนุญาตจากแพทย์ให้กลับบ้าน โดยให้การดูแลเยี่ยมบ้านในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัยซึ่งจัดอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขความพิการที่เป็นอยู่และเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลและเป็นการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล (ฝ่ายแผนงานและนโยบายการรักษายาบาล หน่วยปฎิบัติจังหวัดสุโขทัย, 2543) เนื่องจากในการออกเยี่ยมบ้านนั้นบางครั้งมักมุ่งให้ความสนใจที่ตัวผู้สูงอายุทั้งที่ในความเป็นจริงผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นเสมือนหัวใจหลัก (Key Person) และถือเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดและให้การดูแลกับผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งอาจถูกมองข้ามละเลยได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นที่ควรจะได้รับ การดูแลเอาใจใส่และมีการช่วยเหลือ (Archbold and Stewart,1988 อ้างใน Burns,Archbold and Stewart,1993 ; Zarit,1985 อ้างในยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,2539) และผลจากความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นหากไม่ได้มีการสนใจ ประเมินหรือให้ความช่วยเหลือ อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคม ตลอดจนสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล เช่น ภาวะซึมเศร้า เกิดความขัดแย้งในครอบครัว หรือสุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรมได้ในที่สุด (Archbold and Stewart,1996 ; Brillhart,1988 ; Carey, et al.,1991 ; Hines-Martin,1992 ; Given,et al.,2001)อันจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพน้อยลง(Archbold and Stewart ,1996) และทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น (Carey et al.,1991) จากการศึกษาของ Stone, Cafferata และ Sangl (1987)นั้นพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 1982 มีจำนวนผู้ดูแลที่บ้าน 1.6 ล้านคนซึ่งรายงานว่าเป็นจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นจากเดิม สำหรับในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ, 2540) นั้นพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน (Family Caregiver) จะมีมากถึง 21,303 จนถึง 42,607 คน และสำหรับในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัยขณะนี้ก็มีครอบครัวที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านโดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 100 ครอบครัว

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับสถานการณ์การเพิ่มจำนวนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่จะเพิ่มมากขึ้น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มุ่งเน้นการดูแลที่ตัวผู้สูงอายุ กอปรกับ

การขยายงานของโรงพยาบาลสุโขทัยในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจึงทำให้เกิดความสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อยู่ในโครงการ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลอันจะเป็นประโยชน์และเป็นข้อมูลที่จะทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาจมีความเครียดในด้านต่างๆ ซึ่งสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนหาแนวทางในการแก้ปัญหาและกลวิธีในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในการเผชิญกับความเครียดต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการเป็น

ผู้ดูแลอยู่ในระดับใด

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีระดับความเครียดในบทบาท จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม แตกต่างกันหรือไม่

3. ความเครียดในบทบาทในมุมมองของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดในบทบาทและระดับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ในเขตเทศบาล จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม
3. เพื่อศึกษาความเครียดในบทบาทจากมุมมองของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีความเครียดในบทบาทสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่เป็นเพศหญิงจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีอายุน้อยจะมีระดับความเครียดในบทบาท

มากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลน้อยจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลมาก
6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพด้วยจำนวนที่มากกว่าจะมีระดับความเครียดในบทบาทน้อยกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมด้วยจำนวนที่น้อยครั้ง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความเครียดในบทบาทของ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัยและอยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านทั้งหมดของแผนกการรักษาพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ(Primary Care Unit) ของโรงพยาบาลสุโขทัย โดยผู้ดูแลในที่นี้เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุและพักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกัน หรือคนละครั้วเรือนแต่อยู่ในบริเวณเดียวกับผู้สูงอายุและเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึกเป็นปัญหาในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยประเมินจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดหลักของ Archbold และคณะ (1990) ซึ่งประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่

- 1)ความเครียดจากการดูแลโดยตรง
- 2) ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน
- 3)ความเครียดจากความวิตกกังวล
- 4)ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท
- 5)ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย
- 6)ความเครียดจากความคาดหวังในบทบาท
- 7)ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม
- 8)ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม และ9)ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล

1. **ความเครียดจากการดูแลโดยตรง** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ซึ่งมีกิจกรรมใน 9 ลักษณะคือ ความเครียดจากการดูแลส่วนบุคคล ความเครียดจากการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเครียดจากการดูแลเกี่ยวกับการป้องกัน ความเครียดจากการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุออกนอกบริเวณบ้าน ความเครียดจากการสื่อสารพูดคุย ความเครียดจากการดูแลที่เกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ความเครียดจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเงิน การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเครียดจากกิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน ความเครียดจากกิจกรรมเล็กน้อยๆ

2. **ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลในการขาดแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางด้านร่างกาย การขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การขาดการสนับสนุนทางด้านเวลา และการขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ

3. **ความเครียดจากความวิตกกังวล** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลจากความกังวลใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แก่ กังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กังวลเกี่ยวกับสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ กังวลในกิจกรรมการให้การดูแล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง และกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้สูงอายุ

4. **ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลในบทบาทที่ตนเองทำในการให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นว่าบางครั้งเป็นการขัดแย้งหรือรบกวนในบทบาทด้านอื่นๆของผู้ดูแลได้แก่ บทบาทของการเป็นสามี/ภรรยาของผู้ดูแล บทบาทการดูแลบุตร

5. **ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้แก่ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ การมีปัญหาการเงินที่ทำให้มีผลลบในการให้การดูแล การจ่ายเงินให้ผู้อื่นเพื่อให้มาช่วยดูแลผู้สูงอายุ

6. **ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลว่าสิ่งที่หวังไว้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามที่ผู้ดูแลคาดหวัง ได้แก่ การที่ผู้ดูแลทำกิจกรรมให้การดูแลบางอย่างไปแล้วและผู้ดูแลคิดหลังจากที่คิดว่าไม่น่าจะต้องเป็นตนเองทำ

7. **ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นบางเหตุการณ์ทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่ดีกับผู้ดูแลได้แก่ การเกิดความไม่สบายใจเพราะมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้สูงอายุ

8. **ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม** หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากความรู้สึกว่าตนเองถูกเอาเปรียบหรือถูกผู้สูงอายุ

เรียกร้องการดูแลมากเกินไปจนเกินกว่าเป็นจริง ได้แก่ การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณสูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมบางอย่างในการให้การดูแลมากขึ้นโดยไม่มีเหตุผล

9. ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากหรือความเป็นปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลในเรื่องต่างๆไป ได้แก่ ความรู้สึกถึงความเป็นปัญหาว่าให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นการถูกจำกัดอิสรภาพเพราะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา หรือความรู้สึกถึงความเป็นปัญหาว่าในการให้การดูแลนั้นเป็นพันธะ

10. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเบื้องต้นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้

เพศ หมายถึง เพศของผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ ชาย หรือ หญิง

อายุ หมายถึง อายุของผู้ดูแลโดยนับเป็นจำนวนปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนระยะเวลาเป็นปีที่ผู้ดูแลศึกษาถึงขั้นปีสูงสุด

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การที่ผู้ดูแลประเมินเกี่ยวกับรายได้ของตนเองว่ามีความเพียงพอในการใช้จ่าย

11. จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม หมายถึง การที่ทีมสุขภาพจากหน่วยการพยาบาลปฐมภูมิของโรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัยมาให้การดูแลสุขภาพกับผู้สูงอายุที่บ้าน โดยนับเป็นจำนวนครั้งในรอบ 3 เดือน ประเมินตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

12. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน หรือต่างครัวเรือน มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุและทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้การดูแลหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนและไม่เกี่ยวกับข้อผูกมัดทางวิชาชีพ โดยสอบถามจากผู้สูงอายุ หรือ จากการสอบถามสมาชิกในครัวเรือน ทั้งนี้อาจเป็นคู่ชีวิต บุตรหลาน หรือ สมาชิกในครอบครัวอื่นๆ

13. ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองว่ามีการเตรียมตัว เตรียมใจ ได้ดีไม่น้อยในระดับใดในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับร่างกายให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล ความพร้อมโดยทั่วไปในการดูแลและความพร้อมเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เข้าใจเกี่ยวกับความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จังหวัดสุโขทัย
2. ได้เครื่องมือที่สามารถประเมินความเครียดในบทบาทของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่สามารถประเมินความเครียดได้อย่างละเอียดครอบคลุม
3. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรสุขภาพตระหนักถึงปัญหา และหาทางช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
4. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
5. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอ ดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)
 - 1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)
 - 1.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theories)
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายและลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.2 ลักษณะเฉพาะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.3 กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
 - 3.1 สาเหตุการเกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ
 - 3.2 การประเมินภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ
 - 3.3 การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
 - 3.4 ผลจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
4. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 4.1 ความหมายและแนวคิด
 - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
5. ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล
 - 5.1 ความหมายและแนวคิด
6. การเยี่ยมบ้าน
 - 6.1 ความหมายและแนวคิด
 - 6.2 โครงการเยี่ยมบ้านของหน่วยการพยาบาลปฐมภูมิโรงพยาบาลสุโขทัย
 - 6.3 จำนวนครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีการสูงอายุ

วิทยาการว่าด้วยความชราของมนุษย์ประกอบด้วยศาสตร์หลายแขนงจึงมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งในที่นี้คือ Ebersole และ Hess (1990) ได้แบ่งทฤษฎีการสูงอายุเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้คือ

- 1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)
- 1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)
- 1.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theories)

1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories) ทฤษฎีนี้บางครั้งเรียกว่า ทฤษฎีเชิงชีวภาพ ทฤษฎีนี้จะกล่าวถึงขบวนการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างในอวัยวะในทางที่เสื่อมลง โดยเชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่างคือ เซลล์ที่เพิ่มตัวเองได้ตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองได้ และองค์ประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีทางชีววิทยามีการแยกดังนี้

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุเป็นเรื่องของพันธุกรรม ซึ่งจำแนกเป็นหลายทฤษฎีดังนี้

1.1.1.1 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าร่างกายมีการสร้างโปรตีนที่ผิดพลาดได้จากการที่สิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ซึ่งโปรตีนดังกล่าวจะเป็นสิ่งแปลกปลอมในร่างกายทำให้ร่างกายเกิดการต่อต้านโดยสร้างภูมิคุ้มกันขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เซลล์ทำหน้าที่ไม่ได้ และทำให้เซลล์ตาย

1.1.1.2 ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของ DNA ที่มีการผ่าเหล่าเกิดขึ้นในขณะที่เซลล์มีการแบ่งตัว ซึ่งจะมีผลทำให้อวัยวะและระบบในร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติ

1.1.1.3 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory) หรือบางทีเรียกว่าทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biologic Clock) ซึ่งอธิบายถึงอายุของคนได้ถูกกำหนดไว้แล้วโดยอยู่ในนิวเคลียสและโปรตีนของเซลล์ร่างกาย

1.1.2 ทฤษฎีปฏิเสธพันธุกรรม (Nongenetic Cellular Theories) ทฤษฎีนี้ไม่เชื่อว่าการสูงอายุเกิดจากกรรมพันธุ์ แต่เชื่อว่าเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเซลล์ ทำให้ลักษณะโครงสร้างและหน้าที่ของ DNA เปลี่ยนแปลง ทฤษฎีนี้แบ่งเป็นทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

1.1.2.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอันได้แก่ ต่อมไทมัส ไขกระดูก ตับม้าม ระบบน้ำเหลืองจะ

สร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น เนื่องมาจากการที่อายุมากขึ้นเซลล์มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นร่างกายจึงรับรู้ว่าเป็นสารแปลกปลอม จึงทำให้ร่างกายผลิตภูมิคุ้มกันออกมาต้านสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นสารแปลกปลอมจะมีผลทำให้เซลล์ตายอีกนัยหนึ่งประกอบกับอายุที่มากขึ้นของคนที่ทำให้หวัวยวะที่มีหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายนั้นทำงานน้อยลง ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันลดน้อยลง

1.1.2.2 ทฤษฎีการเชื่อมขวาง (Cross Linking Theory) บางครั้งเรียกว่า Collagen Theory ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการเชื่อมขวางของสารประกอบโปรตีนพวก Elastin Collagen ซึ่งมีจำนวนมากและเกาะยึดแน่น ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อขาดการยืดหยุ่น การรับประทานอาหารไปสู่อวัยวะต่างๆไม่ดี

1.1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายสาเหตุความชราไว้ว่าในร่างกายมีอนุมูลอิสระซึ่งมีปฏิกิริยาไวมาก เมื่อทำปฏิกิริยาก็จะทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะซึ่งอนุมูลอิสระนั้นคือส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ที่เกิดจากการทำงานปกติของเซลล์และผลจากการใช้ออกซิเจน เมื่อมีอนุมูลอิสระสะสมมากๆ จะเป็นอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับโมเลกุลที่อยู่ข้างเคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงไป

1.1.2.4 ทฤษฎีความเสื่อมโทรมของเซลล์ (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเซลล์เมื่อทำหน้าที่นานจะเกิดภาวะเสื่อมถอย ทำหน้าที่น้อยลงเซลล์ไม่อาจแบ่งตัวได้อีก เมื่อเซลล์นั้นตายไป ทำให้อวัยวะต่างๆเสื่อมโทรมทำหน้าที่ลดลง การรับประทานอาหารเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อยลงผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพ

1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา ศาสตร์ทางด้านจิตวิทยาให้ความสนใจต่อพัฒนาการของบุคลิกภาพซึ่งการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากพื้นฐานในอดีตผลจากการปรับตัวทางด้านความคิดสติปัญญาการรับรู้ประสบการณ์ในอดีตทำให้บุคลิกภาพต่างกันออกไป บุคคลที่ผ่านช่วงชีวิตด้วยความมั่นคงรู้สึกอบอุ่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ก็จะส่งผลในช่วงวัยสูงอายุมีความสุขมีความรู้สึกมั่นคง

Erikson (1963) อ้างใน Ebersol และ Hess(1990)กล่าวถึงในผู้สูงอายุในแง่ทัศนคติชีวิตและอารมณ์ว่า ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะรู้สึกพอใจ ภาคภูมิใจ มีความสุข มีความมั่นคง

Peck (1963) อ้างใน Ebersol และ Hess(1990)อธิบายความแตกต่างของผู้สูงอายุทั้งด้านกายภาพและจิตสังคม ผู้สูงอายุที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายยอมรับสมรรถภาพของร่างกายเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่รู้สึกกลัวก็จะดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

1.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ศาสตร์ด้านสังคมวิทยาเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุมีทฤษฎีหลายทฤษฎีกล่าวถึงการสูงอายุเชิงสังคมวิทยาดังนี้

1.3.1 ทฤษฎีไว้ภาระผูกพันหรือทฤษฎีถอยห่างจากสังคม (The Disengagement Theory) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกษียณจากการทำงานซึ่งเป็นการละจากบทบาทเดิม เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเตรียมรับกับการเปลี่ยนแปลงจากการที่ถอยห่างจากสังคมเดิม หากผู้สูงอายุที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาด้วยดี มีความสุข ก็จะมีชีวิตบั้นปลายที่มีความสุข

1.3.2 ทฤษฎีกิจกรรม(The Activity Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทำให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

1.3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (The Continuity Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุต้องการแสดงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทฤษฎีนี้ได้เสนอว่าแรงจูงใจสถานะภาพทางเศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าทฤษฎีการสูงอายุแต่ละทฤษฎีจะมีประเด็นของการอธิบายการสูงอายุในแง่มุมต่างกัน การสูงอายุจึงอธิบายไม่ได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหากต้องใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีพิจารณาประกอบรวมกันไป ซึ่งจากทฤษฎีที่กล่าวมานั้นสามารถนำมาใช้เพื่อทำความเข้าใจผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยได้เป็นอย่างดี

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายและลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

“ Family Caregiver ” “ Informal Caregiver ” หรือ “ Primary Caregiver ” เป็นคำในภาษาอังกฤษที่ใช้เรียก ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสำหรับในประเทศไทยนั้นยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม(2539) ได้แปลเป็นคำในภาษาไทยว่า “ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน ” ซึ่งมีนักวิจัยหลายท่านที่นำไปใช้ และนอกจากนี้มีผู้แปลและเรียกเป็นคำในภาษาไทยว่า “ผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” หรือ “ญาติผู้ดูแล” จากการพิจารณาพบว่าการเขียนที่ใกล้เคียงกันและในเชิงของความหมายที่นำมาใช้ก็มีความหมายถึง “Family Caregiver” “Informal Caregiver” หรือ “ Primary Caregiver ” เช่นเดียวกันสำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยพิจารณาถึงความเข้าใจที่ตรงกันของหลายๆฝ่ายจึงใช้คำว่า “ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ” ซึ่งในประเด็นความหมายของคำว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นั้นได้มีผู้ให้ไว้ดังนี้คือ

National Family Caregiver Association(2000) ให้ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว เพื่อน หรือ เพื่อนบ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพันในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการ

Horowitz (1985) ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลที่บ้านไว้ 2 ลักษณะโดยนำขอบเขตการรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยดังนี้ว่า

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่่าเสมอต่อเนื่อง

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ และ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลทั้งสองลักษณะซึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายของสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

Shanas (1979) ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไว้ว่า ผู้ที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือทำภารกิจต่างๆให้กับผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

Pearlin และคณะ (1990) ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไว้ว่า ผู้ที่คอยช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆ หรือ เป็นเพื่อนที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน คอยให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

David (1992) อ้างในนงศ์ลักษณ์ พันชมพู่ (2540) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไว้ว่า เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญอื่นๆเช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลโดยการช่วยเหลือที่ให้นั้นจะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุว่า หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านซึ่งมีสิ่งที่จะต้องพิจารณาคือ ประการแรกเป็นญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดาหรือมารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือ แม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต และประการที่สองผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีสภาวะเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจหรือ อารมณ์ที่มีผลทำให้ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะทางการแพทย์โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยจะมุ่งเน้นเฉพาะการช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

ดังที่กล่าวมาแล้วถึงความหมายและลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นพบว่ามีคามหมายหลากหลาย และ ทั้งนี้ยังพบว่ามีคำที่มีการเขียนใกล้เคียงกับคำว่า "Family Caregiver" หรือ ลักษณะของความหมายที่ใกล้เคียงกับคำว่า "Family Caregiver" หรือ มีคำที่มีความสัมพันธ์กันกับคำในความหมายของคำว่า "ผู้ดูแลผู้สูงอายุ" ดังที่รวบรวมมาคือ

1. Family care หรือ การดูแลครอบครัว ซึ่งกล่าวถึงโดยรุจจา ภูไพบูลย์(2537) โดยความหมายจะหมายถึงทีมสุขภาพที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเพื่อความพร้อมในการออกเยี่ยมบ้านในชุมชน

2. Home Carer หรือ เจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุ จากการประชุม Workshop เกี่ยวกับ Home Care ครั้งแรกที่กรุงโซลประเทศเกาหลีใต้ เดือน มิถุนายน 1999 ซึ่งมีองค์กร Helpage Korea และ Tsao Foundation ของประเทศสิงคโปร์ เป็นแกนนำในการอภิปรายเพราะทั้งสองประเทศ ต่างมีโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส และ ประสบความสำเร็จ ซึ่งได้ให้ความหมายของ Home Carer ที่สรุปได้คือ เจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการอบรมให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่ง Home Carer ต้องมีความชำนาญทางด้าน การทำงานบ้าน การดูแลส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แต่งตัว การให้คำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยหรือคนพิการ ภายใต้การแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และการเน้นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถทำกิจกรรมภายในบ้าน ซึ่งในกลุ่มของ Home Carer จะมีทั้งที่เป็นอาสาสมัครซึ่งจะได้รับการอบรม 20 ชั่วโมงและกลุ่ม Home Carerที่ได้รับการจ้างต้องผ่านการอบรม 40 ชั่วโมง ผู้ผ่านการอบรมจะได้รับใบประกาศนียบัตรและจะต้องเข้ารับการอบรมประจำปีละหนึ่งครั้ง

การให้ความหมาย “ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ” ในบางความหมายมีการยึดติดกับสถานที่ เช่น ในการดูแลจะต้องเกิดขึ้นที่บ้านเท่านั้น ไม่ใช่สถานที่พยาบาล แต่ในทางปฏิบัติพบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ดูแลอยู่ที่บ้านนั้นเกิดภาวะฉุกเฉินของโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วนั้นผู้ดูแลก็จะมีการติดตามมาให้การดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล รวมทั้งปฏิบัติการเดิมที่เคยปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ดังการศึกษาของ ขวดี แย้มวงศ์ (2538) ที่ทำการศึกษถึงผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียมต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาทำให้ทราบชัดเจนเกี่ยวกับการรับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุว่ามีลักษณะเป็นความต่อเนื่องระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลอันมีความสอดคล้องกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เมื่ออยู่โรงพยาบาลซึ่งในปัจจุบันที่ได้มีการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่แรก รับเข้าการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงกระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (ทศนีย์ อนันตพันธ์ พงศ์, 2540 ; วาธินี คัชมาตย์, 2540)

จากความหมายของ “ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ” ที่กล่าวมานั้นสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเป็นสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือต่างครัวเรือนทำหน้าที่หลักในการให้การดูแลช่วยเหลือใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุดโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนและ

ไม่เกี่ยวกับข้อผูกมัดทางวิชาชีพ โดยอาจเป็นคูชีวิต บุตรหลาน หรือสะใภ้ เป็นต้น

2.2 ลักษณะเฉพาะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะมีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้

2.2.1 บทบาททางเพศ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน (อายุ ระหว่าง 40-59 ปี) สถานะภาพโสดสมรสหรือมีบุตร อาชีพเป็นแม่บ้าน หรือ ประกอบอาชีพนอกบ้าน (Schumacher, 1996 ; มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ , 2541) ซึ่งวิเคราะห์สรุปจากลักษณะดังกล่าวว่า บทบาทภายในบ้านหรือในครอบครัวจะถูกมองว่าเป็นเรื่องของผู้หญิงเกี่ยวเนื่องกับสัญชาติญาณความเป็นแม่ซึ่งเป็นบทบาทในธรรมชาติของผู้หญิงรวมทั้งบทบาททางสังคมที่เสมือนให้ผู้หญิงมีหน้าที่ให้การดูแลความเป็นอยู่ของบุคคลในบ้าน เช่น ในเรื่องการประกอบอาหาร ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน (วรรณภา พาหุวัฒนกร, 2538) และโดยทั่วไปพบว่าผู้หญิงจะสามารถทำงานซ้ำๆ ทำงานประจำได้ดี ในขณะที่ผู้ชายจะช่วยทำในบางอย่งนานๆครั้งและไม่สม่ำเสมอ (Given et al., 1993 in Given et al., 2001) อีกประเด็นหนึ่งคือการที่ผู้หญิงมีระดับการศึกษาต่ำกว่าผู้ชายซึ่งสัมพันธ์กับการทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าผู้ชายจึงนิยมที่จะให้ผู้หญิงอยู่ดูแลที่บ้านและผู้ชายออกไปทำงานนอกบ้าน (ESCAP , 1995 อ้างในมาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ , 2541) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครัวเรือนของชายไทย ของระพีพรรณ พันธุ์รัตน์ (2542) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าโดยรวมแล้วชายไทยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนน้อยกว่าภรรยา โดยมีสตรีเพียงประมาณร้อยละ 12 ที่รายงานว่าสามีมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ในขณะที่อัตราส่วนสตรีที่รับภาระดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 19.3

2.2.2 อายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยกลางคน (อายุระหว่าง 40 - 59 ปี) ทั้งนี้เพราะขั้นตอนชีวิต (Life Course) ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันคือในวัยเยาว์ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุตรของผู้สูงอายุจะได้รับดูแลเกื้อหนุนจากบิดามารดา เมื่อเติบโตขึ้นผู้ดูแลจะก้าวเข้าสู่ขั้นตอนของความเป็นผู้ใหญ่และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาที่ สูงอายุ และด้วยวัย 40-59 ปี ผู้ดูแลอาจมีฐานะมั่นคงเป็นปึกแผ่น หรือมีบุตรที่สามารถพึ่งพาทางเศรษฐกิจได้แล้ว ดังนั้นบุคคลในวัยนี้จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่พร้อมจะเป็นหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุ (Knodel et al., 1991 อ้างในมาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ , 2541) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในวัยกลางคนนั้นมักจะต้องการผู้ช่วยเหลือมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ทั้งนี้เพราะยังมีบทบาทหลายอย่างที่จะต้องกระทำในเวลาที่มีจำกัด (Competing Role Demands) (Given et al., 2001; Schumacher, Dodd and Paul, 1993) จึงทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทและเพิ่มความเครียดในบทบาทได้

2.2.3 ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยา จะมีความรู้สึกที่ขัดแย้งกัน ระหว่างความรู้สึกในการยอมรับตนเองกับ ไม่ยอมรับตนเองและบางครั้งอาจสับสนว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมานั้นเป็นสิ่งที่ดีหรือ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่สิ้นหวัง (Cook and Fontaine,1991 in Given et al., 2001) ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาอาจจะไม่พอใจในการให้การดูแลและอาจมีการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดจากการที่ต้องคอยให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และหากผู้ดูแลรู้สึกว่าการที่ให้การดูแลเป็นภาระแล้ว ในที่สุดก็อาจทำให้ผู้ดูแลสูญเสียการเคารพตนเอง (Given et al.,2001) ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะแตกต่างไปจากผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา คู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักจะมีคามพึงพอใจในชีวิตต่ำ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของ Frengter และ Googrich(1979) พบว่าคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลจะประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่ำ ภรรยาในฐานะผู้ดูแลจะมองว่าฐานะทางเศรษฐกิจแย่ง อีกทั้งมีปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ สาสัตย์ , Bryar และ Newens (2543) ที่ทำการศึกษากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยโดยเป็นครอบครัวในสังคมพุทธศาสนานั้นพบว่าผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ที่เป็นคู่สามีภรณยานั้นยอมรับว่าเหนื่อยไม่อยากให้การดูแลเนื่องจากไม่สามารถรับพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยได้

2.2.4 ลักษณะเฉพาะของสังคมและวัฒนธรรม Hirsfeld (1980 in Kespichayawattana ,1999) ได้บรรยายไว้เกี่ยวกับวัฒนธรรมในความเป็นส่วนตัวของคนแต่ละประเทศซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันว่าในประเทศทางตะวันตกซึ่งเป็นประเทศอุตสาหกรรมและมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมมากและมีจำนวนประชากรอยู่มากจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเป็นส่วนตัวมากกว่าประเทศทางตะวันออก ประเทศดังกล่าวได้แก่ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษ แคนาดา นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก เหล่านี้ล้วนเป็นประเทศที่มีความเป็น อิสระด้านความคิด และมีความเป็นส่วนตัวสูง ส่วนประเทศที่มีความเป็นส่วนตัวน้อย เช่น เกาหลี ไต้หวัน เม็กซิโก ปานามา และประเทศไทย แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัวและการให้การดูแลนั้นได้รับการพัฒนาและทำการศึกษาจากประเทศทางตะวันตก ดังนั้นในการศึกษาแนวคิดดังกล่าวในประเทศที่มีประเพณีวัฒนธรรมที่แตกต่างไปนั้นจึงมีความสำคัญ ในประเทศไทยจากการศึกษาของKespichayawattana(1999) พบว่าปัจจัยทางด้านประเพณีวัฒนธรรมนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลที่ถือว่าผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่สูงกว่าจึงมีการเคารพและเชื่อฟังผู้สูงอายุมทั้งมีค้ำสอนทางศาสนาซึ่งเป็นความเชื่อที่สืบทอดกันมาทางศาสนาให้บุตรมีหน้าที่เลี้ยงดูบุพการีซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ สาสัตย์, Bryar และ Newens (2543)

2.2.5 ค่านิยม จากการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) นั้นพบว่าในการให้การดูแลผู้สูงอายุสำหรับในประเทศไทยนั้น ถือเป็นค่านิยมของสังคมที่ปฏิบัติกันมา ลูกหลานจะรู้สึกว่าจะต้องมีความกตัญญู กตเวทิต่อ บุพการี

2.3 กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นกล่าวได้ว่าเป็นการทำให้กิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติอยู่ต้องเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ผู้ดูแลทำอยู่ในชีวิตประจำวัน Horowitz (1985) ได้สรุปกิจกรรมในการดูแลของผู้ดูแลได้แก่การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วย การให้การสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ การเป็นผู้ประสานในการติดต่อกับสถานพยาบาล และการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

Archbold และคณะ (1986 in Stewart and Archbold, 1993) ได้อธิบายถึงกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุว่าเป็นการดูแลโดยตรง(Direct Care)และการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมและภาระหน้าที่ต่างๆอันได้แก่ การดูแลส่วนบุคคล(Personal Care Tasks) การช่วยทำงานบ้าน(Housekeeping Tasks) การปกป้อง(Protection Tasks) การเคลื่อนย้าย(Transportation Tasks) การดูแลทางด้านเศรษฐกิจ(Financial Tasks) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การรักษา (Medically-Related Tasks) และจากการศึกษาเชิงสำรวจของ NFCA (National Family Caregiver Association ,2000) กิจกรรมในการให้การดูแลนั้นพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเรียงจากมากไปหาน้อยมีดังนี้ การดูแลทำกิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้านต่างๆ ซักเสื้อผ้าและทำอาหาร (69%) การดูแลช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) (61%) การดูแลใช้เวลาในการพูดคุยรวมถึงให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (54%) การดูแลในการดูแลรักษาสุขภาพเช่น ดูแลให้ยาและร้อยละ(23%) การดูแลใช้ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจ (4.3%)

Ebersole และ Hess (1990) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลนั้นจะประกอบด้วยกิจกรรมใหญ่ๆ 6 ด้านคือ การช่วยเหลือในด้านที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือด้านการเงิน การช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยเหลือด้านธุรกิจ ด้านจิตใจ และด้านพิธีกรรม

บรรลุ ศิริพานิช (2533) กล่าวถึงบทบาทการให้การดูแลผู้สูงอายุว่า มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือความพิการต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวันโดยบริการขั้นพื้นฐานได้แก่ ความอบอุ่น อาหารที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพ

Jiraporn Kespichayawattana (1999) ศึกษาวิจัยผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้การดูแลทั้ง 3 ด้านคือ 1)การดูแลทางด้านร่างกาย 2)การดูแลทางด้านจิตใจ และ3)การดูแลทางด้านสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ

1) การดูแลทางด้านร่างกาย หมายถึง การทำกิจกรรมการดูแลตามความต้องการทางด้านร่างกายให้กับผู้สูงอายุ โดยระดับของการให้การดูแลทางด้านร่างกายนี้จะขึ้นอยู่กับสภาวะทางด้านสุขภาพที่เสื่อมถอยของผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลทางด้านร่างกายนี้พบว่า

เป็นกิจกรรมหลักในการให้การดูแลซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ชนิด ก.) การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน
 ข.) กิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล ค.) การดูแลปรับปรุงในเรื่องสิ่งแวดล้อม ง.) การแสวงหา
 แหล่งช่วยเหลือ และจ.) การหาวิธีการรักษาโดยอาศัยการแพทย์ทางเลือก

ก.) การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การให้การดูแลใน
 การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญาาร่วมด้วยซึ่งในการดูแล
 เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันนั้นคือ การอาบน้ำ การพาเข้านอนการแต่งตัว การดูแลเรื่องการขับถ่าย
 การเตรียมอาหารและการป้อนอาหาร การเคลื่อนย้ายและงานบ้านอื่นๆ

กิจกรรมการอาบน้ำ รวมถึงการดูแลเช็ดตัวให้บนเตียงใน
 กรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาหรือในการจัดเตรียมเก้าอี้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุนั่งอาบเอง

กิจกรรมการดูแลการเข้านอน คือ การเตรียมเครื่องนอน
 ต่างๆเช่น การจัดเตรียมที่นอน ผ้าห่ม การกางมุ้ง

กิจกรรมการดูแลเรื่องการแต่งตัว คือ การดูแลเกี่ยวกับการ
 เปลี่ยนเสื้อผ้าการทำความสะอาดให้เมื่อเสื้อผ้าเปื้อน การช่วยติดกระดุม

กิจกรรมการดูแลเรื่องการขับถ่าย เป็นการช่วยผู้สูงอายุเข้า
 ห้องน้ำหรือการเตรียมหมอนอนสำหรับให้ผู้สูงอายุขับถ่ายและการล้างทำความสะอาดให้ผู้สูงอายุ

การเตรียมอาหาร เป็นการเตรียมอาหารเพื่อการประกอบ
 อาหารให้รวมถึงการทำอาหารเหลวที่จะให้ทางสายให้อาหาร หรือ การซื้ออาหารเตรียมไว้ให้

การเคลื่อนย้าย เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาใน
 การเคลื่อนที่เช่นในกรณีที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เพื่อช่วยให้เคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง

กิจกรรมงานบ้าน การซักกรีดเสื้อผ้า การล้างจาน การ
 ทำความสะอาดบ้าน

ข.) กิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรม
 ทาง การพยาบาลและด้านการรักษาการแพทย์ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของผู้ดูแล
 จากการศึกษา พบว่ามีกิจกรรมดังนี้ คือ กิจกรรมการให้ยา กิจกรรมการให้อาหารทาง
 สายยางให้อาหาร การให้การดูแลที่เตียงเมื่ออาการของผู้สูงอายุทรุดลง การทำแผล
 การดูแลท่อทางเดินหายใจ (Tracheostomy Tube) และพบว่า ผู้ดูแลต้องการให้มีผู้ช่วยมาทำกิจ
 กรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลและต้องการมีทักษะในการทำกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้น

ค.) การดูแลปรับปรุงในเรื่องสิ่งแวดล้อม หมายถึง การเปลี่ยนแปลง
 หรือ จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า
 ทุกครอบครัวจะจัดเตรียมพื้นที่สำหรับให้ผู้สูงอายุพัก จัดหาสถานที่ที่มีการระบายอากาศเพียงพอ
 และมีแสงสว่างเพียงพอ ส่วนใหญ่มักจัดให้อยู่ที่ห้องโถงกลางชั้นล่าง เหตุผลเพื่อในความสะดวก

ของการเคลื่อนย้าย และในบ้านคนไทยโดยทั่วไปนั้น สมาชิกในครอบครัวมักจะอยู่ร่วมทำกิจกรรมต่างๆที่ห้องโถงกลางชั้นล่างของบ้านซึ่งเป็นการง่ายที่สมาชิกในครอบครัวจะให้การสังเกตหรือทักทายผู้สูงอายุ

ง.) การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับคำปรึกษาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุจากทีมสุขภาพเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาในการให้การดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลรับการปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการให้การดูแลกับพยาบาลที่มาเยี่ยมบ้านหรือบางรายมีการปรึกษาพูดคุยกับแพทย์ หรือ พยาบาลเมื่ออาการของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง

จ.) การหาวิธีการรักษาโดยอาศัยการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ผู้ดูแลได้รวมเอา วิธีการทางการแพทย์ทางเลือกมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น มีการใช้ยาสมุนไพร มีการรักษาโดย หมอจีน หรือการรักษาโดย พระภิกษุ หรือมีการใช้น้ำผึ้งให้ผู้สูงอายุรับประทาน มีการใช้พลังจักรวาล ตามความเชื่อของผู้ดูแลมารักษาผู้สูงอายุ การรักษาโดยการแพทย์ทางเลือกนี้ เป็นวิถีทางความเชื่อ ซึ่งเป็นการให้เพิ่มไปจากที่ได้รับอยู่จากแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมักจะเกิดในภาวะที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพของการมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคอัมพาต

2) การให้การดูแลทางด้านจิตใจ หมายถึงการให้การดูแลกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึง สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผ่อนคลาย ซึ่งพบว่ามี 3 วิธีคือ

ก) การพูดคุยด้วย หมายถึง การสนทนาแบบสบายๆกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสื่อสารกับผู้สูงอายุเช่น ผู้ดูแลบางท่านจะพูดคุยถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นในบ้าน หรือคุยว่าทำอะไรให้ผู้สูงอายุบ้าง ซึ่งในบางคนก็พูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีอาการค่อนข้างหนักเพื่อจะให้ผู้สูงอายุได้รู้ว่าผู้ดูแลอยู่ด้วยใกล้ๆ

ข) การอยู่เป็นเพื่อน การที่ผู้ดูแลอยู่ใกล้ๆกับผู้สูงอายุเพื่อสังเกตอาการหรือดูอาการที่คิดว่ามีปัญหา คอยดูแลผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจที่ผู้ดูแลอยู่ใกล้ๆ เช่นผู้ดูแลในการศึกษานี้จะอยู่ใกล้ๆกับผู้สูงอายุตลอดเวลาทั้งเวลาที่ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านหรือผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ค) การมีอารมณ์ขัน หมายถึง การมีอารมณ์ขันในการให้การดูแลที่ยุ่งยาก อารมณ์ขันมักจะถูกใช้ในสถานการณ์ที่เป็นลบ ซึ่งจะเกิดในระหว่างการให้การดูแล ผู้ดูแลบางรายกล่าวว่า อารมณ์ขันจะช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแล และช่วยลดความขัดแย้งทางอารมณ์ ระหว่างผู้ดูแลกับ ผู้สูงอายุ ซึ่ง Stanhope และ Lancaster (1992 in Kespichayawattana, 1999) กล่าวไว้ว่า อารมณ์ขันจะช่วยให้ครอบครัวมีการเผชิญปัญหาที่ดีในภาวะที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้

3) การดูแลทางด้านสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ หมายถึง การให้การดูแลที่มีความเชื่อมโยงทางด้านความเชื่อทางศาสนาหรือการปฏิบัติที่เป็นส่วนหนึ่งของประเพณีวัฒนธรรม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจกับคนไทยนั้นมีความเกี่ยวข้องกันในชีวิตมาตลอดโดยเฉพาะความเชื่อทางด้านศาสนาเช่น การทำบุญให้ผู้สูงอายุเพราะมีความเชื่อว่าผลของการทำความดีนั้นจะทำให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น หรือ การสวดอธิษฐาน การบนบานขอให้อาการผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งการสวดอธิษฐานให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้นนั้น เป็นความเชื่อทางศาสนาที่จะสื่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือการบูชา การบวงสรวง เพื่อให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยมีความคิดว่าการทำเช่นนั้น จะช่วยให้พบกับชีวิตที่ดีขึ้นและยืนยาว หรือเป็นการป้องกันผู้สูงอายุจากอันตราย

จากการศึกษาในครั้งนี้พอสรุปได้ว่าบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาตามการศึกษาในประเทศไทยตามงานวิจัยของ Kespichayawattana (1999) นั้นคือ การให้การดูแลทางด้านร่างกาย การให้การดูแลทางด้านจิตใจ และการให้การดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

ความหมายของการสูงอายุนั้นได้มีหลายท่านอธิบายให้ความหมายด้วยการนับตามปีปฏิทิน ซึ่งคือการใช้อายุเป็นเกณฑ์(Chronological Age) ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ประเทศทางแถบยุโรปถือว่าวัย 65 ปีเป็นวัยสูงอายุ ประเทศอินโดนีเซียและมาเลเซียถือเอาเกณฑ์อายุ 55 ปีเป็นวัยสูงอายุ ส่วนประเทศนอร์เวย์ถือวัย 70 ปีเป็นวัยสูงอายุ สำหรับองค์การอนามัยโลกแบ่งระดับการสูงอายุดังนี้ (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์,2539)

กลุ่มที่1	อายุ	60-74ปี	เรียกว่าผู้สูงอายุ	(Elderly)
กลุ่มที่2	อายุ	75-90ปี	เรียกว่าคนชรา	(Old)
กลุ่มที่3	อายุ	90ปีขึ้นไป	เรียกว่าคนชรามาก	(Very Old)

ในประเทศไทยนั้น ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อสอดคล้องกับมติที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (สุรพล เจนอบรม,2534)

Tilden และ Weinert (1987) ให้ความหมายของ ภาวะพึ่งพาว่าหมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆเพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้

Miller-Keane (2000) ได้ให้ความหมายของ ภาวะพึ่งพา ไว้ว่า ภาวะที่บุคคลต้องพึ่งพาอาศัยหรือต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเรื่อง ความรัก ความห่วงใย การดูแล การเลี้ยงดู ความสุขสบาย ความปลอดภัย อาหาร ความอบอุ่น ที่พักอาศัย การปกป้องคุ้มครอง และ

ความต้องการในด้านต่างๆ

Matterson และ Connell (1988) ให้ความหมายภาวะพึ่งพา หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันด้านใดด้านหนึ่ง หรือมากกว่านั้น เป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การขับถ่ายเป็นต้น และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านอื่นๆเพื่อการดำรงชีวิต ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร การใช้โทรศัพท์ การติดต่อสื่อสาร การจัดการทางการเงิน

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ให้ความหมายของ ภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติกิจอย่างเป็นอิสระ และต้องการความช่วยเหลือ หรือ การเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาวะพึ่งพา หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติเองได้ รวมทั้งความต้องการความรัก ความอบอุ่น ความคุ้มครองและความปลอดภัย

3.1 สาเหตุการเกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ ยุกพาพิน ศิริโพธิ์งาม(2539:87)ได้เสนอไว้ 3 ประการคือ

3.1.1 ข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องทางร่างกาย หรือ การทำหน้าที่ของอวัยวะ(Physical of Functional Impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากความพิการ หรือ ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน(Activities of Daily Living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living)เช่น การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค

3.1.2 ปัญหาความพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive Impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวงเป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อมความต้องการการดูแล จากปัญหาเหล่านี้โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้

3.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้มักเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาซึ่งขึ้นอยู่กับ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จากที่กล่าวมานั้นพบว่ามีความสอดคล้องกับ Tiden และ Weinert (1987) ที่กล่าวไว้คือโดยปกติวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตามธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น

มากกว่าปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จึงทำให้มีผลต่อการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและโดยธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนานเกิดขึ้นอย่างถาวรและอาจก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ซึ่งพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรังจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

3.2 การประเมินภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะประเมินจากส่วนของสมรรถภาพที่ด้อยกว่าปกติ แต่เนื่องจากไม่สามารถกำหนดกฎเกณฑ์ปกติของสมรรถภาพที่ผิดปกติเหล่านั้นได้ วิธีการที่ใช้กันโดยทั่วไปจึงเป็นการประเมินว่า ผู้สูงอายุสามารถทำ หรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยกิจกรรมที่ใช้อยู่ทั่วไปคือกิจกรรมที่บุคคลที่สุขภาพดีโดยทั่วไปสามารถทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539)

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Activity of Daily Living: ADL) แบ่งเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Activity of Daily Living) และ กิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำเนินชีวิต(Instrument activity of daily living: IADL) ซึ่งสุทธิชัย จิตพันธ์กุล (2537)กล่าวว่า เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้อาจแตกต่างกัน ตามลักษณะของผู้ได้รับการประเมิน และสภาพสังคมวัฒนธรรมดังเช่น เครื่องมือประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคาทซ์ (The Katz Index of ADL) ที่ได้เลือกเพียงกิจกรรมเชิงปฏิบัติพื้นฐาน 6 กิจกรรมมาใช้ในการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัวเอง และการรับประทานอาหาร(Katz and Stroud, 1989 อ้างในเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ในขณะที่ Lawton และ Brody ได้เลือกกิจกรรมทั้ง6กิจกรรมตามแนวคิดของ Katz แต่เพิ่มบางกิจกรรมได้แก่การจ่ายตลาดการเดินทางส่วนกิจกรรมในเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนอื่นพบว่า มีความแตกต่างกัน เช่น Kenney Index of ADL (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) จะไม่ได้วัดในเรื่อง การใช้สุขา การควบคุมการขับถ่าย แต่เพิ่มการเคลื่อนย้ายออกจากเตียงและการเดินทางในทำนองเดียวกับมาตรวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ Klein Bell ADL Scale) ก็ไม่ได้วัดกิจกรรมในเรื่องการใช้ห้องสุขา แต่เพิ่มเรื่องการสื่อสาร (Christiansen, Schwarz and Barnes, 1988 อ้างในเฟื่องลดา, 2539) ส่วน Barthel และ Mahoney ได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงขึ้นชื่อว่า Barthel Index ประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรมได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ

การสวมใส่ เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันไดชั้นหนึ่ง (Jitapunkul, Karmolratanakul and Ebrahim, 1994)

เนื่องจากเครื่องมือทั้งหมดที่กล่าวมาสร้างและใช้สำหรับผู้ป่วยและปรับใช้กับผู้สูงอายุในวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับสภาพของสังคมไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) Jitapunkul, et al. (1994) จึงได้สร้างเครื่องมือวัดการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้น โดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน แบบวัดส่วนนี้ได้ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เธล จึงเรียกแบบวัดส่วนนี้ว่า ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Modified Barthel ADL Index : BAI) ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม เช่นเดียวกับของเดิม แต่มีเกณฑ์ในการให้คะแนนต่างกันทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย ส่วนแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตได้สร้างขึ้นมาใช้เฉพาะผู้สูงอายุคนไทยโดยเฉพาะ มีชื่อว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index:CAI) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การถอนเงินหรือการแลกเงินและการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

การเลือกกิจกรรม และการให้คะแนนแต่ละกิจกรรม เพื่อประกอบเป็นแบบประเมินนั้นมีความสำคัญที่ผู้ใช้เครื่องมือจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับแบบแผนกิจวัตรประจำวันตามวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการการศึกษา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงได้พิจารณาเลือกใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานในการคัดกรองกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะสร้างขึ้นและกล่าวว่ามีเหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย

3.3 การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

จากกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นกิจกรรมที่เกิดจากความบกพร่องทางด้านร่างกายนั้นจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถวางแผน และจัดเวลาล่วงหน้าได้ว่าจะทำเมื่อใดแต่สำหรับกิจกรรมที่เกิดจากปัญหาความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุนั้นมักเกิดโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวเป็นผลให้ผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญสองประการ (Archbold, 1986 in Given, 1993) คือ

- 1) ผู้ให้การดูแล (Care Provider) ผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้บริการด้วยตนเองโดย ทำการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งด้าน ร่างกาย และ จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ กิจกรรมการรักษามีข้อกำหนดต่างๆ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ การนำส่งโรงพยาบาล การทำธุระต่างๆ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน

ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลในกิจกรรมส่วนตัว เช่นการอาบน้ำ การป้อนอาหาร การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย รวมทั้งกิจกรรมการรักษาที่บ้าน เช่น การให้ยา การเปลี่ยนแผล รวมทั้งการให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาและพลังงานส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุที่บ้านส่งผลให้เวลาในการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ เช่น ภาระงานประจำ การให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เวลาส่วนตัว รวมทั้งการดำเนินบทบาททางสังคมของผู้ดูแลลดลง ขาดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสภาพแวดล้อมนอกบ้าน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นเหตุให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาในการทำงาน ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เกิดภาวะเครียดจนเป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้ดูแลได้

2) ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (Care Managers) เพื่อเอื้ออำนวยต่อการดูแล ซึ่งเป็นการให้เวลาและพลังงานในการเรียนรู้แหล่งประโยชน์ และจัดการกับสิ่งที่มีอยู่เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีบทบาทจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลในลักษณะนี้ จึงมีเวลาที่จะได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ เช่น ไปซื้อของ ไปเยี่ยมบ้านญาติมิตรและอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่จัดการในส่วนนี้ก็ต้องเผชิญกับการรับรู้เกี่ยวกับภาระหน้าที่ที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเพื่อจุนเจือสถานภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัว ซึ่งมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ขณะที่รายได้ลดลงจากการลดงานของผู้ป่วย และผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจเป็นผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญภาวะเครียดสูง

นอกจากนี้ Given และคณะ(2001) เสนอไว้ว่าในบทบาทหน้าที่ที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาคือการทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุอันประกอบไปด้วย การดูแลในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเช่น การแต่งตัว การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำ

การดูแลในเรื่องหน้าที่ที่ต้องใช้อุปกรณ์บางอย่างเช่นการทำงานบ้าน การทำกับข้าว การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ดูแลบ้าน การเดินทาง การดูแลในเรื่องการทำหน้าที่ด้านความจำให้กับผู้ป่วยเช่น การทำหน้าที่ในด้านการนัดหมายต่างๆให้ผู้สูงอายุ การดูแลเรื่องการรับประทานยา การจัดการทางด้านเศรษฐกิจ การดูแลในเรื่องการทำหน้าที่ทางด้านการให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุเช่น การพูดคุยด้วย การให้ความสะดวกต่างๆ การทำให้ผู้สูงอายุรักและไว้วางใจ

3.4 ผลจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลที่บ้านนั้น ผู้ดูแลต้องจัดการให้การดูแลผู้ป่วยโดยต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งไม่มีเวลาหยุดพัก ยิ่งกว่านั้นผู้ดูแลที่บ้านยังต้องดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในครอบครัวซึ่งต่างจากการเป็นผู้ดูแลที่โรงพยาบาล ซึ่งในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะมีบุคลากรทางการแพทย์มากมายที่พร้อมจะตัดสินใจในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลที่มีปัญหาตลอดเวลา จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้เกิดผลจากการเป็นผู้ดูแลตามมาซึ่งพบว่ามีทั้งในด้านที่

เป็นผลบวกและเป็นผลลบรวมถึงไม่แน่ใจในผลนั้นๆ จากการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) พบว่าความรู้สึกในทางบวกที่เกิดจากการดูแลนั้นคือ ผู้ดูแลรู้สึกมีความพึงพอใจ อิ่มเอมใจ ในบทบาทให้การดูแล รู้สึกมีความสุข ภาคภูมิใจในตัวเอง ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าเป็นการได้บุญ รู้สึกอบอุ่น รู้สึกเป็นการทดแทนบุญคุณ ซึ่งจากการศึกษาของ จรรย์ มาลฮอตตรา และคณะ (2543) พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลรู้สึกผูกพัน และอยากมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ (83.2%) เป็นการแสดงออกเพื่อทดแทนบุญคุณหรือกตัญญู กตเวที (79%) รู้สึกมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ(58%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ (2543) ที่พบว่า สามในสี่ของผู้ดูแลที่เป็นลูกหลานแสดงความพอใจที่มีโอกาสได้ทดแทนบุญคุณ และ ถือเป็นความกตัญญู กตเวที และผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยา ก็แสดงความพึงพอใจที่มีโอกาสได้ดูแลคู่สมรสเป็นการตอบแทน ส่วนผลจากการดูแลที่ไม่แน่ใจนั้นการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) พบว่าเป็นความรู้สึกไม่แน่ใจของผู้ดูแลในบทบาทให้การดูแล เช่น การไม่นำอาหารที่เป็นข้อห้ามสำหรับผู้สูงอายุมาให้บริการทานทั้งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการจะรับประทานมาก ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะได้บุญหรือเป็นบาปในการกระทำดังกล่าว และในการศึกษาเดียวกันนี้พบว่าความรู้สึกทางลบเกิดกับผู้ดูแลนั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเป็นปัญหา หรือมีความยากลำบาก ความไม่สบายใจ มีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ สุขภาพทรุดโทรม สอดคล้องกับที่ Given และคณะ (2001) ได้กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลอาจมีในระหว่างที่ให้การดูแล ซึ่งปัญหาสุขภาพเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อาทิ การเบื่ออาหาร การรับประทานอาหารผิดปกติ ความเหนื่อยที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึง การมีปัญหาด้านการนอนหลับ นอกจากนี้ Given ยังพบว่า สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น จะทำให้หน้าที่ในการดูแลลดลงจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ทางด้านบวก แต่ถ้าหากผู้สูงอายุมีสถานะทางสุขภาพที่แยกลง หรือเรื้อรัง หรือต้องให้การดูแลทุกอย่างก็จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลได้ จากการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) พบว่าความรู้สึกด้านลบที่เกิดในการดูแลนั้นอาจมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เครียด รู้สึกผิด และแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งจากการศึกษาของ จรรย์ มาลฮอตตรา และคณะ(2543) พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดทางจิตและอารมณ์ร้อยละ 68 นอกจากนี้สิ่งที่พบเหล่านี้ Given และคณะ (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับชีวิตในด้านลบ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่มีกำลังใจ หมดหวัง วิตกกังวล โศกเศร้า เสียใจ เป็นต้น ความรู้สึกดังกล่าวจะก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ ซึ่งปัญหาจากความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้ดูแลทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในสังคม และเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้(Lazarus and Folkman,1984) ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้สูงอายุ ด้านคุณภาพการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับลดลง (Archbold and Stewart ,1996) ดังนั้นจึงทำให้มีผู้ให้

ความสนใจในเรื่องความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกันมาก ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

4. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.1 ความหมายและแนวคิด

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Role Strain) นั้นตามทีผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทยในงานวิจัยต่างๆที่มีผู้นำแนวคิดความเครียดในบทบาทมาใช้กับงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นพบว่า งานวิจัยของต่างประเทศจะมีการนำมโนคติความเครียดในบทบาท (Role Strain) ที่มีพื้นฐานมาจากการบริหารองค์การซึ่งมาจากมโนคติของ Hardy และ Conway (1988) และมีบางงานวิจัยที่นำมโนคติของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Role Strain) โดยตรงนำมาใช้ในงานวิจัยแต่พบไม่มากนักเท่าที่พบคือในงานวิจัยของ Archbold และคณะ (1990) และของ Kneeshaw, Considine และ Jennings (1999) ซึ่งทั้งสองงานวิจัยนำมโนคติความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ Archbold และคณะ (1990) สร้างมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย จากการค้นคว้าเอกสารและตำรายังพบอีกว่ามโนคติความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้เขียนถึงในการประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลคือ Given และคณะ (2001) ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและจะนำเสนอในหัวข้อต่อไป สำหรับในประเทศไทยในงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น เท่าที่พบล้วนมาจากมโนคติของ Hardy และ Conway ซึ่งอย่างไรก็ดีเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนเอกสารและตำราเกี่ยวกับมโนคติของความเครียดในบทบาท (Role Strain) ที่มีผู้ให้ความหมายและจะกล่าวถึงมโนคติของ Hardy และ Conway (1988) ที่มีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีและเพื่อการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยนี้ให้ดียิ่งขึ้น จึงนำมาเสนอดังนี้คือ

Hardy และ Conway (1988) ได้ให้ความหมาย ความเครียดในบทบาท (Role Strain) ไว้ว่าเป็นประสบการณ์ความยากลำบากในการดำรงบทบาท ซึ่งโดยรวมแล้วมาจากการรับรู้ของบุคคลจากความเครียดที่เกิดจากการดำรงบทบาท และ Hardy ได้มองในเชิงโครงสร้างและการทำหน้าที่ในสังคม (Structural Functionalist) และ สัญลักษณ์ การปฏิสัมพันธ์ (Symbolic Interactionist) ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้จำแนกความเครียดในบทบาทจากการวิเคราะห์ทฤษฎี และงานวิจัยออกเป็น 4 ประเภทได้แก่

1) ความไม่สอดคล้องกับบทบาท (Role Incongruity) เกิดจากอัตมโนทัศน์และค่า

นิยมส่วนตัวขัดกันกับความคาดหวังในบทบาท

2) ความขัดแย้งในบทบาท(Role Conflict) เกิดจากการคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาทหรือระหว่างบุคคล ซึ่งเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่คาดหวังบทบาทเฉพาะหลายๆอย่างแต่บทบาทเหล่านี้มีความขัดแย้งกัน ซึ่งพบความขัดแย้งในบทบาทหลายสาเหตุได้แก่

2.1) ความขัดแย้งระหว่างในบทบาท(Interrole Conflict) เป็นการที่บุคคลคนเดียวกันจำเป็นต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทไปพร้อมกัน เช่น บุคคลคนเดียวต้องรับบทบาทเป็นทั้งนิสิต เป็นภรรยา เป็นมารดาของบุตร 2 คน เป็นแม่บ้าน บางครั้งอาจทำให้การแสดงบทบาทมีความขัดแย้งกันซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่คนคนเดียวจะแสดงออกได้

2.2) ความขัดแย้งในความคาดหวังบทบาท(Intersender Role Conflict) เป็นความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ผู้หนึ่งแสดงออกตามบทบาทกับความคาดหวังของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีพยาบาลคนหนึ่งถูกหัวหน้าพยาบาลคาดหวังว่าต้องปฏิบัติงานอย่างไร้ระเบียบตามข้อบังคับของโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยคาดหวังว่าพยาบาลต้องปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งอาจไม่ถูกต้องตามระเบียบของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ พยาบาลที่เป็นผู้แสดงจะเกิดความคับข้องใจในการแสดงบทบาทที่ขัดแย้งกันระหว่างความคาดหวังของหัวหน้ากับสิ่งที่คนไข้คาดหวัง

3) การดำรงบทบาทมากเกินไป(Role Overload) เกิดจากการที่บุคคลดำรงบทบาทและถูกคาดหวังในหลายบทบาทเกินไปในเวลาที่กำหนดจึงเนื่องจากบทบาทที่มีอยู่มากเกินไปกว่าจะทำได้และมีเวลาน้อยเกินกว่าที่จะทำให้สำเร็จนอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อน

4) ความคลุมเครือในบทบาท (Role Ambiguity) เกิดจากการที่บทบาทที่สังคมคาดหวังไม่มีความชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเพียงพอที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้แสดงบทบาท สาเหตุเกิดจากผู้ครองบทบาทนั้นมารับบทบาทใหม่ยังไม่รู้ถึงความคาดหวังที่มีต่อบทบาทใหม่ อาจมาจากสาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปแต่ไม่ชัดเจนพอที่จะปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม และอาจเกิดจากการที่ผู้แสดงบทบาทอยู่ในช่วงที่เปลี่ยนแปลงบทบาทหนึ่งที่ไม่ชัดเจนของบทบาทที่ชัดเจนว่ามีการคาบเกี่ยวกันอย่างไรและจะเลือกปฏิบัติบทบาทอย่างไร เมื่อไร เป็นต้น จึงเกิดความคลุมเครือในบทบาท เช่นการที่เข้ามารับบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยที่ยังไม่ทราบว่าจะต้องมีบทบาทในการให้การดูแลอย่างไร

ส่วน Pearlin (1989 อ้างในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536) แบ่งความเครียดในบทบาทเป็นความขัดแย้งในบทบาทและการมีบทบาทมากเกินไปตามที่ Hardy และ Conway กล่าวไว้ และเพิ่มในส่วนของการจำยอมในการดำรงบทบาท (Role Captivity) เกิดขึ้นเนื่องจากไม่เต็มใจที่จะรับบทบาทนั้น

มีคำที่มีความหมายใกล้เคียงกับ Role Strain คือ Role Stress ซึ่งจากการทบทวนเอกสารตำราพอสรุปได้ดังนี้

Role Strain เป็นประสบการณ์ความยากลำบาก ในการดำรงบทบาท ซึ่งมาจากการรับรู้ของบุคคลจากความเครียดที่เกิดจากการดำรงบทบาท ส่วน Role Stress หมายถึง ภาวะที่มีปัญหาในการแสดงบทบาท ซึ่งทำให้ผู้แสดงบทบาทเกิดความเครียดในบทบาท(Role Strain) ได้ ผู้ที่อยู่ภาวะ Role Stress จะมีอาการแสดงคล้ายกับผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดทั่วไป คือ มีอาการวิตกกังวล รู้สึกเครียดกระวนกระวาย และสามารถทราบได้จากการตรวจทางสรีรวิทยา ซึ่งจะพบความผิดปกติของสารอดรีนาลีน (Adrenalin) หรือไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) เป็นต้น Role Stress เป็นคำศัพท์ที่ใช้บ่อยเกี่ยวกับการแสดงบทบาทที่ไม่เหมาะสม Role Stress นี้มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยโครงสร้างทางสังคม เป็นสาเหตุจากภายนอกบุคคลมากกว่าปัจจัยภายในบุคคลซึ่งเมื่อบุคคลเกิด Role Stress ขึ้นทำให้เกิดความเครียดในบทบาทตามมา(Role Strain) และสามารถกล่าวได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิด Role Strain คือ Role Stress นั่นเอง

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

Given และ Given (1996 in Given et al., 2001) ได้ให้ความหมายของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Role Strain) ไว้ว่าเป็นความรู้สึกลำบาก (felt difficulty) ในการทำบทบาทต่างๆให้สมบูรณ์ซึ่งได้แก่ บทบาทการดูแลทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ทางด้านสังคม ทางด้านการทำงาน ทางด้านการเงิน และสัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในบ้าน ซึ่ง Given และคณะ(2001)ได้เสนอเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Role Strain) ไว้ 5 ประการดังนี้

4.2.1 ความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลหรือความต้องการในการดูแล (Care Role Expectations)ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้จากหน้าที่ในการให้การดูแลโดยตรง จากการจัดการให้การดูแลเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ และช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา หรือผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองในด้านการทำกิจวัตรประจำวันนั้นจะมีความต้องการในการดูแลมาก เช่นในกรณีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลในเรื่องการเคลื่อนย้าย การเคลื่อนไหว หรือมีปัญหาทางด้านความคิดความจำเซ้าวิญญาที่ลดลงหรือมีปัญหาทางด้านอารมณ์ จากชนิดของกิจกรรมที่มีหลากหลายทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาอย่างมากในการให้การดูแลตลอดจนลักษณะของการดูแลที่ต่อเนื่องนั้นทำให้มีการรบกวนการนอนหลับของผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ เหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เพิ่มความเครียดกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

4.2.2 การมีบทบาทหลายอย่างที่ต้อกระทำ (Competing Role Demands)

เวลาที่ใช้ในการดูแลนั้นมักจะต้องแบ่งไปกระทำในบทบาทอื่น อาทิ บทบาทในบ้านในครอบครัว

ในงาน และบทบาททางด้านสังคม ซึ่งPenning(1998) พบว่าร้อยละ 92 ของผู้ดูแล(จากผู้ดูแล687 คน) ต่างก็มีบทบาทหลายด้านในเวลาเดียวกัน เช่นร้อยละ 31 ที่เป็นบุตรชายหรือบุตรเขย ร้อยละ25 เป็นบุตรสาว หรือบุตรสะใภ้ นั้น จะต้องทำหน้าที่ใน 4 บทบาทด้วยกันคือบทบาทในการเป็นภรรยาหรือเป็นสามี บทบาทในการเป็นมารดาเป็นบิดาของบุตร บทบาทในการเป็นผู้ดูแล บิดามารดา และบทบาทในการประกอบอาชีพประจำ การดำรงบทบาทหลายบทบาทพร้อมๆ กันนั้นทำให้เกิดภาวะการมีบทบาทมากเกินไปและมีความขัดแย้งกันในบทบาท ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดในบทบาท ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทตลอดตามความต้องการของผู้ป่วย การเป็นผู้ดูแลต้องเสียสละเรื่องส่วนตัวบางอย่างไป เสียสังคมของตนเอง รวมทั้งสูญเสียเวลาว่าง เพราะในการทำบทบาทหลายๆอย่างนั้นต้องแข่งขันกับเวลาที่มีเช่น บุตรสาว หรือบุตรสะใภ้ ที่เป็นผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ของความขัดแย้งในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตกับผู้ป่วย บางครั้งบุตรที่ให้การดูแลนั้นมักจะรู้สึกถึงความไม่สะดวกเนื่องจากต้องมีการดูแลที่ใกล้ชิดตลอดไม่ว่าจะเป็นเรื่องส่วนตัว การอาบน้ำ การขับถ่าย นับเป็นบทบาทที่ยาก โดยเฉพาะ เมื่อบุตรชายต้องให้การดูแลมารดา หรือ บุตรสาว บุตรสะใภ้ต้องให้การดูแลบิดา หรือ บิดาของสามี ในสถานการณ์เช่นนี้ก็จะเกิดภาวะการจำยอมในบทบาทขึ้น(Role Captivity) เพราะ ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่เหมาะสมที่จะต้องทำ ทั้งในสถานภาพ และช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาด้วยกันนั้นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมักจะอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งจะมีบทบาททางสังคมน้อย ดังนั้นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยนี้จึงมักพบกับปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลต้องมีการคงไว้ซึ่งบทบาทที่ยากไม่ว่าจะเป็นการลดชั่วโมงการทำงาน และการลดลงของผลผลิต และความต้องการในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องการวันหยุดเพื่อพักผ่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก จากการสำรวจของ The Family Medical Leave Act (1993 in Given et al.,2001) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่านายจ้างจะให้การหยุดงานในแต่ละปีแก่พนักงานที่ยังต้องทำหน้าที่ให้การดูแลเด็กหรือคู่ชีวิตหรือพนักงานมีบิดามารดาที่มีปัญหาสุขภาพโดยให้วันหยุดจำนวน 12 สัปดาห์ในแต่ละปี แต่ต้องทำงานครบ1ปีหรืออย่างน้อย 1250 ชั่วโมงแล้วจึงจะสามารถสะสมวันหยุดได้ 25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่มียาได้น้อยก็ไม่สามารถทำตามเงื่อนไขที่กล่าวมาได้ดังนั้นในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ดูแลจึงมีสถานะเสี่ยงในการเกิดความขัดแย้งในบทบาทเมื่อต้องทำงานประจำและยังต้องรักษาสมดุลย์ในการให้การดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆกัน

4.2.3 ความต้องการด้านเวลา (Demands on Time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนานนับระยะเวลาการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดตารางประจำวันและบทบาทที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหลายชั่วโมงในวัน โดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย

การใช้เวลาในการดูแลที่มากขึ้น มีผลทำให้ผู้ดูแลให้เวลากับครอบครัวสังคมและงานประจำลดน้อยลง จึงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุของความขัดแย้งในบทบาทเวลาที่ถูกใช้ไปอย่างมากในการให้การดูแลซึ่งจัดเป็นงานที่ทำอย่างจำเจทุกวันนี้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จึงเสมือนเป็นการแยกตัวออกจากสังคมทำให้ขาดการช่วยเหลือให้กำลังใจกันภายในชุมชน หรือแม้กระทั่งการไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวจึงเป็นปัจจัยทำให้เกิดความเครียดในบทบาทได้

4.2.4 ความต้องการทางด้านรายได้ (Demands on Finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้นผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลอาทิ เช่น เป็นค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์และค่าโทรศัพท์ หากผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย ประกอบกับ ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีประกันสุขภาพ หรือ มีแต่ไม่ครอบคลุมอาจทำให้เกิดความเครียดในบทบาทได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ อาจจะช่วยลดความเครียดในบทบาทได้

4.2.5 การช่วยเหลือในการดูแล(Assistance With Care)การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ หรือจากการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มนั้น จะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลายๆด้านทั้งงานนอกบ้าน ในบ้าน ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้นจะมีทั้งผู้ดูแลหลัก และ ผู้ดูแลรอง รวมทั้งผู้ที่ให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว ซึ่งการที่จะดูว่าใครเหมาะที่จะเป็นผู้ดูแลหลักนั้นต้องพิจารณาที่โครงสร้างของครอบครัว ขนาดของครอบครัว อายุของผู้ดูแล และของผู้สูงอายุ รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย ผู้ดูแลรองจะทำบทบาทคือ การช่วยเหลือดูแลด้านความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ในกรณีที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาซึ่งมีอายุมากขึ้นต้องเตรียมหาผู้ช่วยเหลือในบางเรื่อง นอกจากที่กล่าวมานั้น Given และคณะ(2001) ยังพบอีกว่ายังมีปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่พื้นฐานทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ประสบการณ์จากการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว(Family Relationships) การอาศัยในครัวเรือน (Living Arrangements) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) พื้นฐานทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลมีส่วนที่จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทได้ อาทิ การเป็นคนมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย วิตกกังวลง่าย หรือ เป็นคนซึมเศร้า เป็นคนรู้สึกผิดง่าย และ ปัจจัยกระตุ้นทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การขาดความเป็นส่วนตัว ความสิ้นหวัง การดูแลที่ผิดแบบแผน การลดลงของสัมพันธภาพในครอบครัว อันเนื่องมาจากการขาดการปรับความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น การมีปัญหาด้านอารมณ์นั้น จะรบกวนบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแล พฤติกรรมการทำร้ายต่อผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านอารมณ์เพิ่มมากขึ้น อาการซึมเศร้าเป็นสิ่งที่มักจะพบได้ในกลุ่มของผู้ดูแลโดยเฉพาะในกรณีเป็น

ผู้ดูแลมายาวนานหรือต้องพบกับการสูญเสีย

2) ประสบการณ์จากการดูแล จะมีผลโดยตรงกับการ พัฒนา และ ขั้นตอนชีวิต (Life Stage) ของผู้ดูแล กับ ผู้ป่วยในการพัฒนาหรือการปรับตัวของผู้ดูแล(ในวัยผู้ใหญ่)นั้นจะส่ง ผลกับหน้าที่ที่ท่าอยู่ และจะก่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด และการพัฒนาของ ครอบครัว หากผู้ดูแลมีการปรับตัวช้า อาจเกิดสถานการณ์ที่ตึงเครียดและเกิดการเฉื่อยชาได้

3) สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships) สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผ่านมานับตั้งแต่อดีตนั้นมีบทบาทมากในกระบวนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่ง พึ่งพา เพราะ หากมีสัมพันธภาพที่ดี มีการช่วยเหลือ และ พึ่งพาอาศัยกันแล้ว สามารถบ่งบอก ได้ถึงผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีจากผู้ดูแล แต่ในทางกลับกันถ้าหากมีสัมพันธภาพภายใน ครอบครัวที่ไม่ดีแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะความเครียดในบทบาทได้ ยกตัวอย่างเช่น ใน กรณีที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นคู่สามีภรรยาด้วยกันนั้นหากมีสัมพันธภาพเชิงเกื้อกูล (Mutuality) ที่ น้อยแล้วจะทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะความเครียดในบทบาท นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลอาจเกิด ภาวะความรู้สึกเศร้าโศกได้ และ ผู้ดูแลอาจมีการทำร้ายผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และ ทาง ด้านอารมณ์ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกว่าตนเองมีความขัดแย้งภายในตนเอง และ มีความ ขัดแย้งกับบุคคลอื่นอีกด้วย และในกรณีที่ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นบุตรของผู้สูงอายุที่ต้องให้ การดูแลนั้นเกิดความรู้สึกว่าการที่ตนเองต้องตกเป็นผู้ดูแลโดยมีเหตุผลว่า เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้อง ตอบแทนบิดามารดาที่ได้เลี้ยงตนเองมา และรู้สึกถึงความเป็นพันธะที่ต้องดูแล เหล่านี้ล้วนส่งผล ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทได้

4) การอาศัยในครัวเรือน(Living Arrangements)การอาศัยในครัวเรือนเดียวกัน หรือ ต่างครัวเรือน ก็มีผลกับผู้ดูแล ในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้นหากได้รับการแบ่งเบา บทบาทหน้าที่ลง ซึ่งอาจทำได้โดยการหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลด้านการทำงานบ้านต่างๆโดยที่ ผู้ช่วยเหลือไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุมักจะเกิดภาวะ ซึมเศร้า มากกว่า ผู้ดูแลที่อยู่คนละบ้านกันกับผู้สูงอายุ(Oberst et al.,1989; Stommel and Kingry, 1991 in Given et al., 2001)เนื่องจากการพักอยู่คนละบ้านนั้นทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาใน การพักผ่อนบ้าง รวมถึงลักษณะของการดูแลของผู้ดูแลที่อยู่คนละบ้านนี้มักจะเป็นในรูปแบบ ของการจัดวางตารางเวลาการให้การดูแล

จากที่ได้กล่าวมาในข้างต้นนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลในการเกิดความเครียดในบทบาทของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาตามที่ Given และคณะ (2001)ได้เสนอไว้

Archbold และคณะ(1990: 376) ได้กล่าวว่า ความเครียดในการทำบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการกระทำบทบาทการให้การดูแล (felt difficulty in performing the caregiver role) ซึ่งความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่ง

เสนอโดย Burns, Archbold และ Stewart(1993) ได้รับการยอมรับจาก NANDA ให้เป็นวินิจฉัยทาง การพยาบาลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในที่นี้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะ ประเมินได้จากองค์ประกอบทั้ง 9 ด้านคือ

1. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (Strain from Direct Care)

หมายถึงความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 9 ลักษณะดังนี้

1.1) การดูแลส่วนบุคคล ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุประกอบไปด้วย กิจกรรมหลัก 6 กิจกรรมได้แก่

1.1.1 กิจกรรมการอาบน้ำซึ่งรวมถึงการอาบน้ำให้บนเตียงในกรณีผู้สูงอายุเคลื่อนไหวย้ายไม่สะดวก การดูแลในเรื่องความสะอาดของเส้นผม การสระผม การดูแลในเรื่องการแปรงฟันหรือทำความสะอาดฟันปลอม การดูแลในเรื่องความสะอาดของเล็บมือเล็บเท้า

1.1.2 การดูแลเรื่องการเข้านอน คือ การจัดเตรียมเครื่องนอนให้กับผู้สูงอายุ การจัดเตรียมผ้าห่ม ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

1.1.3 การดูแลเรื่องการแต่งตัว คือ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้สูงอายุการช่วยผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้า การช่วยติดกระดุมเสื้อผ้าให้

1.1.4 การดูแลเรื่องการขับถ่าย คือ การช่วยผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำการเตรียมหม้อนอนให้ผู้สูงอายุขับถ่าย การช่วยล้างทำความสะอาดในการขับถ่าย รวมถึงการช่วยเปลี่ยนผ้าเมื่อผู้สูงอายุขับถ่ายเปื้อนเสื้อผ้า

1.1.5 การดูแลเรื่องอาหาร คือ การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การช่วยป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุ หรือการให้อาหารทางสายยางให้อาหาร การจัดเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ การดูแลให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เหมาะสม

1.1.6 การดูแลเรื่องการเคลื่อนย้ายภายในบริเวณบ้าน คือ การช่วยพาผู้สูงอายุเดินภายในบ้านหรือภายนอกบ้าน การอุ้มหรือพยุงให้ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้ไปที่เตียงหรือจากที่เตียงไปยังเก้าอี้

1.2) การดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรม ได้แก่ การให้การดูแลและแก้ปัญหาเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น การส่งเสียงร้องดังๆ การที่ผู้สูงอายุเกิดความหวาดระแวงบางอย่าง การรับฟังและตอบคำถามผู้สูงอายุที่ถามและพูดเรื่องซ้ำๆววน

1.3) การดูแลเกี่ยวกับการป้องกัน ได้แก่ การให้การดูแลและระมัดระวังเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุมีความปลอดภัย เช่น การระมัดระวังไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม

คอยดูแลและมัดระวังผู้สูงอายุจากสารพิษต่างๆ เช่น ยาฉีดกันยุง หรือ ควันจากยาจุดกันยุง รวมถึงการดูแลสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การมีรอยแดงที่ผิวหนัง การเกิดแผลกดทับ

1.4) การดูแลเกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย ได้แก่ การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยพาผู้สูงอายุเดินไปทำธุระภายนอกบ้าน เช่น การพาไปพบแพทย์ พาไปหาเพื่อน ไปเยี่ยมญาติ

1.5) การดูแลเกี่ยวกับการสื่อสารพูดคุย ได้แก่ การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการพูดคุยระหว่างผู้ดูแลกับบุคคลในครอบครัว หรือ เป็นการพูดคุยระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุ

1.6) การดูแลที่เกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ได้แก่ การช่วยผู้สูงอายุในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น การรับประทานยา การจัดยาให้ผู้สูงอายุ การทำแผล การบอกอาการของผู้สูงอายุแก่แพทย์หรือทีมสุขภาพ

1.7) การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเงิน การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุช่วยทำธุรกรรมทางการเงิน การช่วยผู้สูงอายุตัดสินใจในเรื่องการรักษา

1.8) การดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน ได้แก่ การดูแลเรื่องงานบ้านให้กับผู้สูงอายุ เช่น การซักรีดเสื้อผ้า การทำความสะอาดบ้าน การล้างจาน การช่วยผู้สูงอายุดูแลซ่อมวัสดุภายในบ้าน

1.9) การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมเล็กๆน้อยๆ ได้แก่ กิจกรรมโดยทั่วไป เช่น อ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟัง การไปซื้อของให้ผู้สูงอายุ

2. ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน (Strain from Lack of Resources) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลถึงความเป็นปัญหาในการขาดแหล่งสนับสนุน ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เช่น การมีเวลาพักผ่อนลดลง การไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง การไม่มีผู้รับฟังปัญหา และสุขภาพทรุดโทรมลง เพราะ ไม่มีผู้ช่วยในการดูแล

3. ความเครียดจากความวิตกกังวล (Strain from Worry) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงความเป็นปัญหาจากความรู้สึกกังวลใจของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การดูแล เช่น กังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กังวลเกี่ยวกับสุขภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ กังวลเกี่ยวกับกิจกรรมในการให้การดูแล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ดูแลเอง และกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้สูงอายุ

4. ความเครียดจากการขัดแย้งในบทบาท (Strain from Role Conflict) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงความเป็นปัญหาในบทบาทที่ตนเองทำในการให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นว่า บางครั้งเป็นการขัดแย้งหรือรบกวนบทบาทอื่นของตัวเอง

5. ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย(Strain from Economic Burden)

หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลถึงความเป็นปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการให้การดูแล

6. ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง (Strain from Mismatched Role Expectation) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลถึงความเป็นปัญหาว่าสิ่งที่หวังไว้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามที่คาดไว้

7. ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม(Strain from Increase Tension) หมายถึงความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงความเป็นปัญหาว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นบางเหตุการณ์ทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่ดีกับผู้ดูแล เช่น เกิดความไม่สบายใจเพราะมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้สูงอายุ

8. ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม (Strain from Manipulation) ความรู้สึกถึงความเป็นปัญหา ของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากความรู้สึกว่า ตนเองถูกเอาเปรียบ หรือถูกผู้สูงอายุเรียกร้องการดูแลมากเกินไปจนเกินความเป็นจริง เช่น ต้องการให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมบางอย่างในการให้การดูแลมากขึ้นโดยไม่มีเหตุผล

9. ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล (Global Strain) หมายถึง ความรู้สึกถึงความเป็นปัญหาของผู้ดูแลจากการให้การดูแลในเรื่องทั่วไป เช่น การที่ผู้ดูแลต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา นั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถูกจำกัดบริเวณ

มโนคติความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่กล่าวมานั้นต่างมีความเหมาะสมกันในแต่ละลักษณะงานวิจัย หรือ ตามความเหมาะสมที่ผู้วิจัยเลือกใช้ สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Archbold และคณะ(1990) ใช้เป็นแกนหลักในการวิจัย และ มีการนำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้นในสังคมไทยจากงานวิจัยของ Kespichayawattana (1999) มาประกอบการพิจารณาชนิดของกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทสังคมไทย ซึ่งได้แก่ ในด้านของความเครียดที่เกิดจากการดูแลโดยตรงที่เกี่ยวกับกิจกรรมของการดูแลส่วนบุคคล และ กิจกรรมในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุออกนอกบริเวณบ้าน และ ในด้านของความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาทซึ่งมีกิจกรรมการไปทำบุญ เป็นต้น

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ที่ศึกษา เกี่ยวกับ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จึงประกอบไปด้วยความเครียดทั้ง 9 ด้านดังนี้

ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (Strain from Direct Care)

ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน (Strain from Lack of Resources)

ความเครียดจากความวิตกกังวล (Strain from Worry)

ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท (Strain from Role Conflict)

ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย (Strain from Economic Burden)

ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง (Strain from Mismatched Role Expectations)

ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม (Strain from Increase Tension)

ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม (Strain from Manipulation)

ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล (Global Strain)

5. ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภายในครอบครัวนั้นก่อให้เกิดปัญหาและเป็นภาระแก่ผู้ดูแลทั้งในการดูแลสุขภาพและการดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ดูแล (Kneeshaw et al., 1999) ซึ่งจากการเกิดผลกระทบดังกล่าวกับผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังอาจเกิดอาการแทรกซ้อนตามมาได้ และพบว่าหากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการให้การดูแลจะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ (Archbold, 1992)

Webster's New World Dictionary (1988) ได้ให้ความหมายของ Preparedness ไว้ว่า ขั้นตอนในความพร้อม การเตรียมพร้อม

ความพร้อม ตามความหมายของ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานปี 2530 หมายถึง ความครบครัน ความบริบูรณ์

Archbold และคณะ (1992) ให้ความหมาย ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลว่า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแล ต่อกันเองว่าเตรียมตัว เตรียมใจได้ดีมากน้อยเพียงใด ในการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล รวมไปถึงการรับกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Preparedness as how well prepared the caregiver believes he or she is for the task and stress of the caregiver role) ซึ่งได้แก่ 1) ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับร่างกายให้ผู้สูงอายุ 2) ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ให้ผู้สูงอายุ 3) ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพให้ผู้สูงอายุ 4) ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในการดูแล และ 5) ความพร้อมโดยทั่วไปในการดูแล

ในต่างประเทศได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมไว้หลายท่านและมีการเรียกต่างกันไป Haley, Levine และ Brown (1978 in Archbold, 1992) ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพแห่งตน (Self Efficacy) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้กรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในการจัดการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน และ กิจวัตรที่ต้องมีการตัดสินใจ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินว่าประสิทธิภาพของผู้ดูแลจะส่งผลกับความเครียดในบทบาท แต่เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของผู้ดูแล กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

นอกจากนี้ Lawton, Kleban และ Moss (1989 in Archbold, 1992) ได้บรรยายเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆ (Mastery) ว่าเป็นพฤติกรรมความสามารถในทางบวกที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การดูแล Archbold และคณะ(1992) ให้ความเห็นว่ามโนคติของ Haley ,Levine และBrown (1978) นั้นจะมีความใกล้เคียงกับมโนคติ ความพร้อม (Preparedness) แต่แตกต่างกันที่ในงานวิจัยของ Archbold เป็นการเน้นภาระของงานที่ชัดเจนเน้นที่งานหลัก และที่สำคัญนั้นในทั้งสองงานวิจัยนั้นไม่ได้ทำการศึกษาว่า ประสิทธิภาพแห่งตน กับ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆ จะส่งผลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลดังเช่นความพร้อม

Archboldและคณะ(1990) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลแล้วจะเป็นตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ในระดับใด โดยทำการศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวน 78 คู่ ซึ่งผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใดอย่างหนึ่งในกิจกรรมดังนี้คือ การจัดยา การฉีดยา การอาบน้ำแต่งตัว การเดินทางทำงานบ้านต่างๆ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าความพร้อมของผู้ดูแลในระดับที่สูงนั้น ผู้ดูแลจะมีความเครียดจากการให้การดูแลโดยตรง (Strain from direct care) ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม (Strain from increased tension) และความเครียดโดยทั่วไปในการดูแล (Global Strain) ในระดับต่ำ และอภิปรายผลไว้ว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพร้อมมากจะทำให้ความเครียดในบทบาทลดลงได้ ซึ่งผลจากการวิจัยดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลทุกคนตระหนักในการประเมินความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลตลอดจนหาแนวทางแก้ไข

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม ดังงานวิจัยของ ยุวราณี สุขวิญญานนท์ (2536) ที่มีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติในด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการสอนสถิติและให้กำลังใจญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้าน ต่อการป้องกันแผลกดทับ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ญาติที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลนั้นผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

Archbold และคณะ(1992) กล่าวว่า มโนคติความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลนี้สร้างจากบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาซึ่งได้แก่ 1) ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับร่างกายให้ผู้สูงอายุ 2) ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ให้ผู้สูงอายุ 3) ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพให้ผู้สูงอายุ 4) ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการกับความรู้สึกเครียดในการดูแล และ 5) ความพร้อมโดยทั่วไปในการดูแล เนื่องจากมโนคตินี้เป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นในประเทศภายใต้สังคมวัฒนธรรมทางตะวันตก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาการให้การดูแลผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพามีผู้เคยศึกษาไว้ตามงานวิจัยของ Kespichayawattana (1999) ที่ได้ศึกษาถึงกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในสังคมและวัฒนธรรมไทยนั้น พบว่า ประกอบด้วยการดูแลในเรื่องของ 1) การดูแลเกี่ยวกับ

ร่างกาย 2) การดูแลเกี่ยวกับจิตใจ และ 3) การดูแลที่เกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จะเห็นได้ว่าในบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึงพาทตามมโนคติของ Archbold และคณะ (1992) นั้นจะไม่มีเกี่ยวกับการดูแลที่เกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

จากการพิจารณาผู้วิจัยจึงได้นำประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่ Kespichayawattana (1999) ได้ศึกษามารวมในการศึกษาคั้งนี้เพื่อความครอบคลุมชัดเจน ซึ่งจะสามารถนำไปสร้างและพัฒนาเป็นเครื่องมือในงานวิจัยให้เหมาะสมกับสังคมไทยยิ่งขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเอง ว่าเตรียมตัว เตรียมใจได้ดีมากน้อยระดับใด ในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลรวมถึงความเครียดที่ อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับร่างกาย ให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแล เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการกับความรู้ สึกเครียดของผู้ดูแล ความพร้อมโดยทั่วไปในการดูแล และความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ดูแล

6. การเยี่ยมบ้าน

6.1 ความหมายและแนวคิด

ประพิณ วัฒนกิจ (2536: 5) ให้ความหมายการเยี่ยมบ้าน หมายถึง บริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการ โดยทีมสาธารณสุขจะให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย

จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ (2528: 282-284) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การนำบริการอนามัยไปสู่ประชาชนซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่พยาบาลสาธารณสุขจะได้เข้าไปดูแล สุขภาพประชาชนให้สมบูรณ์ แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข รวมทั้งให้การพยาบาลต่อเนื้อแก่ผู้ป่วย แก้วไข และป้องกันความพิการ การให้คำปรึกษาด้าน สุขภาพ การสำรวจความเป็นอยู่ของประชาชนและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

ชนิตา มณีวรรณ (2540: 3) ให้ความหมายของการเยี่ยมบ้านว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การออกไปเยี่ยมครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ สอน สาธิต หรือปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับครอบครัว รักษาพยาบาลเบื้องต้น ฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ป้องกันความพิการ ตลอดจนการดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัว ทั้งผู้ป่วย และผู้ไม่ป่วย และช่วยจัดระเบียบความเป็นอยู่ให้เหมาะสมช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี

Stanhope (1996 : 806) กล่าวถึง การเยี่ยมบ้าน ว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่การบริการทางด้านสุขภาพอนามัยไปสู่ประชาชนในชุมชน ซึ่งได้แก่ งานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การแก้ไขและการป้องกันความพิการต่างๆ พร้อมทั้งการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีของบุคคลครอบครัว และชุมชน ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาสุขภาพอนามัย ช่วยจัดสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสม และ สิ่งแวดล้อมที่ดี

สรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หมายถึง กิจกรรมที่ให้บริการแก่ประชาชน ที่มุ่งหมายในการให้การบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัว ทั้งผู้ป่วย และผู้ไม่ป่วย และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

การเยี่ยมบ้านนั้นมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงต่อทีมพยาบาลผู้ออกเยี่ยมบ้าน (Stanhope, 1996)

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเหมาะสมกับสภาพ และในกรณีผู้ป่วยที่เป็นระยะเริ่มแรก จะได้รับการรักษาพยาบาลแต่เนิ่นๆ เป็นการป้องกันการเจ็บป่วย ถึงขั้นรุนแรง รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำอย่างใกล้ชิดเป็นกันเอง และได้รับการฝึกปฏิบัติอย่างถูกต้อง สามารถซักถามขอคำปรึกษาต่างๆ
2. ประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไป ได้รับการป้องกันและแพร่กระจายและควบคุมโรคในชุมชนและได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่ชุมชน รวมถึงทำให้ประชาชนมีความเข้าใจ ในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น
3. ประโยชน์ต่อด้านพยาบาลที่ออกเยี่ยมบ้าน ทำให้มองเห็นสภาพที่แท้จริงของประชาชนและชุมชนและโครงสร้างของประชากร พฤติกรรม สามารถวิเคราะห์ ระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน และทำให้ทราบปัญหาและสามารถวางแผน และชี้แนะป้องกันการเกิดโรค อีกทั้งยังก่อเกิดสัมพันธภาพ เกิดศรัทธา ในด้านสาธารณสุข เนื่องจากได้รับการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะบริการที่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทักษะ และปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

6.2 โครงการเยี่ยมบ้านของหน่วยการพยาบาลปฐมภูมิโรงพยาบาลสุโขทัย

โครงการเยี่ยมบ้านของหน่วยการพยาบาลปฐมภูมินั้นมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือกลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โดยมีประชาชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลคือ หมู่ 1 ต.บ้านกล้วย และ 12 ชุมชน ต.ธานี รวมทั้งสิ้น 13 ชุมชน ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลทั้งหมด โดยโครงการเยี่ยมบ้านนี้มีอัตรากำลังพยาบาล 2 ท่านที่ดูแลและรับผิดชอบ

โดยตรง และในทีมสุขภาพในสาขาอื่น ๆ นั้นใช้การประสานงานซึ่งจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่รับผิดชอบในแต่ละสาขา ซึ่งในการออกไปเยี่ยมถือเป็นการจัดบริการด้านสาธารณสุขผสมผสานซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในภาวะเจ็บป่วย ภาวะเสี่ยงต่อโรคและในภาวะสุขภาพดี บทบาทของทีมสุขภาพต้องพยายามปรับปรุงพฤติกรรมของประชาชนให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเกิดโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรค และให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อเนื่อง โดยให้ความรู้ และการให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้ง 4 มิติได้แก่

1. ด้านการรักษาพยาบาล การเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อติดตามการบริการพยาบาล และเยี่ยมเพื่อให้การบริการต่อเนื่อง
 2. งานด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยให้คำแนะนำในการพยาบาล การให้สุขศึกษา และการให้การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน
 3. ด้านการควบคุมและป้องกันโรค การระบาดของโรค ให้บริการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค ให้สุขศึกษา ให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคและควบคุมโรค เมื่อมีการเจ็บป่วย และการระบาดของโรค โดยการติดตาม สอบสวนโรค เก็บเชื้อส่งตรวจ ควบคุมแหล่งเกิดโรค
 4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การเยี่ยมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายคืนสู่สภาพเดิม โดยการให้คำแนะนำฝึกสอนผู้ป่วย
- ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยใช้หลักการดูแลตนเองซึ่งมีการร่วมมือ ประสานงาน ทั้งภาครัฐ และเอกชน ในสถานบริการทุกระดับ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลหน่วยการพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลสุโขทัย

เน้นหลักในการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการประเมินความต้องการความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ประเมินข้อจำกัด ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง ประเมินปัจจัยในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยในการให้การพยาบาลจะต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเน้นสมาชิกในครอบครัว โดยให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การพลิกตัว เปลี่ยนท่า การบริหารร่างกาย การป้อนอาหารทางสายยาง ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมนั้นได้เื้ออำนวยการต่อการดูแลตนเอง เช่น ในการดัดแปลงสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีการสอน และให้คำปรึกษาทางสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากที่ประเมินสภาพและความต้องการตลอดจนปัญหา และการส่งต่อรายงานผู้ป่วยเพื่อดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน มีการส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงาน ระหว่างหน่วยงานในกรณีผู้ป่วยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ สุโขทัย

นั้นจะมีการกำหนดการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน ในวันอังคาร พุธ พฤหัสบดี เวลา 10.00 – 15.00 น. โดยมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่จากแผนกผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย โดยพยาบาลประจำหน่วยเยี่ยมบ้านจะประสานงานกับตัวแทนแต่ละหอผู้ป่วย ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เสนอทีมสุขภาพเพื่อคัดเลือกรายที่จะออกไปเยี่ยม ทำการประชุมวางแผนกับทีมสุขภาพก่อนออกไปเยี่ยม หลังจากไปเยี่ยมแล้วทำการประเมินผลร่วมกับทีมสุขภาพและกำหนดการเยี่ยมในครั้งต่อไป

6.3 จำนวนครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน

โดยทั่วไปจำนวนครั้งที่ออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพที่จะพิจารณาตามสภาพอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งพิจารณาจากจำนวนวัน และเวลาของทีมสุขภาพที่มีในแต่ละสัปดาห์ Alex, Benjamin – Coleman และ Brown (2001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของทีมสุขภาพที่ออกเยี่ยมบ้านของ โรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัย ซึ่งทางทีมจะมีการประชุมปรึกษากัน ถึงความเหมาะสมในการเยี่ยมแต่ละครั้ง โดยพิจารณาที่สภาพอาการของผู้ป่วย ซึ่งหากพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องให้การดูแลที่มากแล้ว ทางทีมสุขภาพจะออกเยี่ยมบ่อยครั้งกว่า ในรายที่มีสภาพอาการที่ดีกว่า และนอกจากนี้ยังพิจารณาจากการที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าร่วมโครงการ จากในกรณีนี้พบว่าหากเป็นรายที่เพิ่งเข้าร่วมโครงการทางทีมสุขภาพ จะมีการเยี่ยมที่มากกว่าในรายที่เป็นมานาน ทั้งนี้เพื่อเป็นการติดตามผลการรักษาและให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการป้องกัน และ การฟื้นฟูสภาพ Thorne และ Robinson (1989) พบว่าจำนวนครั้งที่ผู้ดูแลได้รับการเยี่ยมนั้น หากมีการเยี่ยมที่บ่อยครั้งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ และ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล ซึ่งความมั่นใจนี้จะช่วยลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลงได้ (Schumacher, Stewart and Archbold, 2000; Reele, 1994)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ดังนี้

Montgomery, Gonyea และ Hooyman(1985) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลกับการะเชิงจิตวิสัยและการะเชิงวัตถุวิสัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ 80 คนผลการวิจัยส่วนหนึ่งพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการะเชิงจิตวิสัยซึ่งแสดงถึงว่าผู้ดูแลที่มี

เศรษฐกิจทางสังคมดีจะมีความรู้สึกในความเป็นภาวะต่ำ

Baille, Norbeck และ Barnes (1988) ศึกษาความเครียดของผู้ดูแลและการเกื้อหนุนทางสังคมโดยศึกษาจากสมาชิกในครอบครัว 87 ราย ส่วนใหญ่เป็นหญิง โดยที่เป็นบุตร ญาติ คู่สมรส และเพื่อนตามลำดับ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียวด้วยการตอบแบบสอบถามแบบวัดความเครียดจากการดูแล ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม และและแบบวัดความทุกข์ใจ ผลการศึกษาพบว่าความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ใจ และอารมณ์ซึมเศร้า ส่วนความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการดูแล และอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้ความเครียดจากการดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนความทุกข์ใจได้ร้อยละ 21 และอารมณ์ซึมเศร้า ได้ร้อยละ 24 ส่วนความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความทุกข์ใจได้ร้อยละ 10 และอารมณ์ซึมเศร้าได้ร้อยละ 12 การวิจัยนี้สนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถบรรเทาความทุกข์ใจ และอารมณ์ซึมเศร้าลงได้ซึ่งจากงานวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้มีการวางแผนที่จะช่วยสนับสนุน และให้การดูแลทางด้านอารมณ์ และเป็นแนวทางในการจัดหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลและพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being)

Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแล และ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในผู้ป่วยเรื้อรัง 55 ราย จะเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามเล็กน้อย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 73 ระบุว่าตนมีสุขภาพดีถึงดีมาก ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีภาวะสุขภาพที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และพบว่ารายได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และ ขนาดเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และ 2 เดือน และพบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและ ขนาดเครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ร้อยละ 53 โดยวัดหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และพบว่ารายได้ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ร้อยละ 50 วัดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน

Archbold และคณะ (1990) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลว่าจะเป็นตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ในระดับใด พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลจะมีความสามารถในการทำนายความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม และ ความเครียดโดยทั่วไปในการดูแล และจะมีความสามารถในการทำนายได้ดีคือ ภายในช่วงระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังจากที่ผู้สูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วซึ่งพบว่าความเครียดทั้ง 3 ด้านจะอยู่ในระดับที่สูงเมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับของ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลต่ำ

Mui (1992) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและระหว่างชนผิวดำกับชนผิวดำ กลุ่มประชากรคือ บุตรสาวที่เป็นคนผิวดำที่เป็นผู้ดูแลจำนวน 117 คน และผิวดำที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลจำนวน 464 คน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีบทบาทในการศึกษา โดยมีตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผิวดำ ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ได้รับการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการดูแล ตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผิวดำ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพ่อแม่ซึ่งได้รับการดูแล และความขัดแย้งในหน้าที่การงาน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผิวดำมีความเครียดในบทบาทต่ำกว่า

Wallhagen (1992) ศึกษาความยากลำบากและผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 60 ราย โดยการสัมภาษณ์พบว่ายังมีความยากลำบากในการดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันเช่น การจัดเตรียมมื้ออาหาร การดูแลให้รับประทานยา การทำธุระกิจอื่น ๆ มากมีแนวโน้มที่จะเกิดกลุ่มอาการความเครียดด้วย นอกจากนี้การศึกษากการเผชิญความเครียดในกลุ่มสมรสผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 60 รายพบว่าความเครียดเป็นตัวทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้

Schott-Barer (1993) ได้ศึกษาถึงภาวะการพึ่งพา ภาวะการดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 113 ราย โดยวัดจากภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยและเชิงจิตวิสัย พบว่าภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุแสดงว่าผู้ดูแลที่อายุมากต้องใช้เวลาการทำกิจกรรมการดูแลที่นานขึ้น ในขณะที่ภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่ดูแลและมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ แสดงว่าผลของภาวะอารมณ์ของผู้ดูแลกับประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมามีมากขึ้นเมื่อดูแลเป็นระยะเวลานานขึ้น ในขณะที่จะน้อยลงเมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยแสดงว่าผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีจะเกิดการรับรู้ภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยน้อยลง

Reele (1994) ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษา และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งผู้ดูแลนำมาจัดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม A เป็นผู้ที่เข้าโปรแกรม"ฉันสามารถทำได้" เป็นครั้งแรก จำนวน 12 ราย ,กลุ่ม B เป็นกลุ่มที่เข้าไปแกมนั้นมาแล้ว และถูกเลือกเข้าไปเป็นกลุ่มสนับสนุนจำนวน 8 ราย และกลุ่ม C เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม และไม่มีกลุ่มสนับสนุน จำนวน 12 ราย โปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla ก่อนและหลังโปรแกรมผลการศึกษาพบว่า คะแนนของกลุ่มที่เคยเข้าโปรแกรมมาก่อนเท่ากับคะแนนของกลุ่มควบคุมและน้อยกว่ากลุ่มเข้าใหม่ ซึ่ง Lewandaski และ Jones (1988) เคยรายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องใช้เวลามากในการพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ยัง

พบว่า การให้ความรู้และให้คำปรึกษาและการเผชิญปัญหาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยคือ แนวคิดในเรื่องของการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว อันเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการลดความเครียดและความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแล เพราะโปรแกรมดังกล่าวนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้ความหมายในชีวิตแก่ผู้เข้าโปรแกรม (Mcmillan et al., 1993 455-461)

Miller และคณะ (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆอันได้แก่ เชื้อชาติ ความรู้สึกควบคุมอารมณ์ ความรู้ความชำนาญ กับความเครียดในบทบาทและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลชาวอเมริกันที่มีเชื้อชาติแอฟริกัน(ผิวดำ) จำนวน 77 คนและผู้ดูแลที่เป็นชาวอเมริกัน (ผิวขาว) จำนวน 138 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ความรู้ความชำนาญของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง ตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทได้ดีที่สุด คือ ความรู้สึกควบคุมอารมณ์ แม้ว่าผู้ดูแลชาวอเมริกันแอฟริกัน จะมีความซึมเศร้า และความเครียดในบทบาทเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามเขาสรุปว่าปัจจัยด้านเชื้อชาติไม่มีอิทธิพลในการทำนายความเครียดในบทบาทและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล

Archbold และคณะ (1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับระบบความพร้อมของญาติ(PREP System)นั้นจะมีประสิทธิผลอย่างไร ในด้านความรู้สึกเครียดในบทบาทของญาติโดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง(Quasi-Experimental Design) โดยมี 11 ครอบครัวอยู่ในโครงการ PREP System และ 11 ครอบครัว เป็นกลุ่มควบคุม หนึ่งในผลวิจัยพบว่าความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของ 2 กลุ่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งได้มีการอภิปรายผลในตอนท้ายไว้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 นั้นเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งอาจมีการแก้ไขสถานการณ์ได้ดีกว่าบุคคลโดยทั่วไป ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาต่อไปในกลุ่มผู้ดูแลอื่นๆและจากแบบการวิจัยที่ใช้เวลา 25 สัปดาห์นั้นอาจน้อยไปที่จะมองเห็นความเครียดในบทบาทได้ควรมีการศึกษาโดยใช้เวลานานมากขึ้น และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีเพียงกลุ่มละ 11 ครอบครัวนั้นนับว่าน้อยในการจะนำมาประเมิน PREP SYSTEM

Bull, Jervis และ Ma (1995) ศึกษาถึงประสบการณ์ความตึงเครียดของผู้ดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแลที่มีความบกพร่องทางด้านความคิดและการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการทำหน้าที่ด้านความนึกคิดของผู้ที่ได้รับการดูแลกับความตึงเครียดของผู้ดูแลนั้นคือการทำหน้าที่ด้านความนึกคิดของผู้ที่ได้รับการดูแลสัมพันธ์กับความตึงเครียดของผู้ดูแลสูงขึ้น และมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความต้องการการช่วยเหลือของผู้ที่ได้รับการดูแล

กับความตึงเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นเครื่องชี้ว่าความต้องการการพึ่งพาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ได้รับการดูแลสูงขึ้น ความตึงเครียดของผู้ดูแลจะสูงขึ้นด้วย

Phillips และคณะ (1995) ได้ศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 109 ราย พบว่าร้อยละ 87 ของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการแต่งตัว การเตรียมอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย และพบว่าความเครียด การรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน ร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 32 และภาระการดูแล การรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน การติดตามและประเมินผลการดูแลของผู้ดูแล ร่วมกันทำนายคุณภาพการดูแลได้ร้อยละ 36 แสดงให้เห็นว่าความเครียดเป็นสิ่งที่บอถึงภาระการดูแล ขณะเดียวกันภาระการดูแลที่สูงจะบอถึงคุณภาพการดูแลที่ต่ำ

Mastrain, Ritter และ Deimling (1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับญาติที่ดูแลที่บ้าน และได้วัดเกี่ยวกับความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลของบุตรที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน ผลการศึกษาได้ชี้ถึงความเชื่อมโยงทางด้านสุขภาพของผู้ดูแล

Kuei-Ru Chou, La Montagne และ Hepworth (1999) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 150 รายพบว่าความต้องการในการดูแล(ซึ่งเป็นหน้าที่ของบุตร) จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระที่การดูแลของผู้ดูแล และการเผชิญปัญหาจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลสำหรับในงานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุให้ทราบว่ามีการสุ่มตัวอย่างแบบใด

Naraya และคณะ (2001) ทำการศึกษาของผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาในการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาคือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกที่เป็นบวกและลบที่มีผลต่อการให้การดูแลศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นคู่สามี-ภรรยา 50 คู่ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกทางบวกในการให้การดูแลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล ระยะเวลาในการให้การดูแล และความสามารถในการให้การดูแล

Lee, Brennan และ Daly (2001) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเห็นใจ ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม จากผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความเห็นใจโดยการใช้เหตุผลประเมินในสถานการณ์การให้การดูแล พบว่ามีระดับความเครียดและความรู้สึกว่าคุณค่าตนน้อย ระดับความซึมเศร้าเล็กน้อยและมีระดับความพึงพอใจในชีวิตในระดับที่สูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีความเห็นใจที่ใช้อารมณ์ประเมินและยังพบอีกว่า ระดับของรายได้และการศึกษาที่สูงของผู้ดูแล รวมถึงการมีระดับความเห็นใจที่ใช้อารมณ์ประเมินในระดับที่

ดังนั้นจะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตที่สูงรวมถึงภาวะสุขภาพที่ดี และพบว่าระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่สูงนั้นจะทำให้ภาวะสุขภาพผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ

วิภาวรรณ ชุ่ม (2536) ศึกษาภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 100 คน ผลการวิจัยว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย มีระดับทุกข์โศกปานกลาง และมีความผาสุกจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 37 ในระดับทุกข์โศกมากมี ร้อยละ 26 เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดเข้าในสมการพหุคูณเพื่อทำนายความผาสุกโดยทั่วไป พบว่า ภาวะในการดูแลและระยะเวลาในการศึกษาทำนายความผาสุกโดยทั่วไปได้ ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะในการดูแลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด

สายพิน เกษมกิจวัฒนา(2536) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วยมีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และร่วมทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 27 แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบ ความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า และช่วยทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าได้ร้อยละ 14 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงในทางลบ และความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด และทั้งหมดร่วมกันทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ว่าเป็นความเครียดได้ร้อยละ 12 แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี และร่วมกันทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ว่ามีผลดี ได้ร้อยละ 19 การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่า และเป็นความเครียดมีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและร่วมทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19

ชนิตา มณีวรรณ และคณะ(2537) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆในโรงพยาบาลรามธิบดีที่ส่งต่อมายังแผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้การพยาบาลและดูแลต่อภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มละ 100 รายเท่าๆกันผลการศึกษาในส่วนของผู้ดูแล พบว่าปัญหาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 66 คือเหนื่อยล้าเบื่อหน่าย ร้อยละ 58 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เพราะต้องดูแลผู้ป่วยทำให้รายได้ลดลง มีความต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 54 ต้องการเวลาส่วนตัวเพื่อลดความเครียด ร้อย

ละ 46 ต้องการเวลาดูแลอบรมบุตร ร้อยละ 42

ชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2537) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ ผู้ดูแลที่บ้าน จำนวน กลุ่มละ 110 ราย ในส่วนของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.8 เป็นบุตรสาวต้องดูแลผู้ป่วย วันละ 10-24 ชั่วโมง พบว่ามีปัญหาทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแล ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และการดูแล ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

จันทร์เพ็ญ แซ่หุุ่น (2537) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหน็ดเหนื่อยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และความเหน็ดเหนื่อยโดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการบรรเทาภาวะเครียดของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ (2539) ศึกษาภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 88 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง 104.268 คะแนน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นผลดี และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสื่อมในการรู้คิดของผู้ป่วย การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณค่า และการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าความเครียด

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2538 จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า การพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน และการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จวัน มาลฮอตตรา และคณะ(2540) สัมภาษณ์ประกอบวิชาชีพอพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 1,055 คน เพื่อต้องการทราบถึงพยาบาลที่มีส่วนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุตลอดจนผลกระทบด้านต่างๆ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ประเมินตนเองว่ามีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ(ไม่รวมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ) (ร้อยละ35.8) การศึกษาระดับความเครียดอันเกิดจากการดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดทางจิตและอารมณ์สูงสุด(ร้อยละ 68) ตามด้วยความเครียดในการดำเนินชีวิตในสังคมหรือชีวิตส่วน

ตัว(ร้อยละ 37) ความเครียดทางสุขภาพกาย (ร้อยละ 33) ความเครียดทางการเงิน(ร้อยละ 22) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสูง เกิดความเครียดมากกว่าผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่ำ

สุดา เทพศิริ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยศึกษาระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ตามมโนคติของ Hardy และ Conway, 1988) ที่ต้องพึ่งพาจะหว่านก่อน และ หลังการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งอยู่ในช่วงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ผลการวิจัยพบว่าระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาก่อนการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาหลังการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา อยู่ในระดับต่ำ และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา หลังการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาทั้งรายด้านและโดยรวมน้อยกว่าก่อนการใช้ตัวแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คมสัน แก้วระยยะ(2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ตามมโนคติของHardy และ Conway, 1988) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดในบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดในบทบาทในระดับต่ำทุกด้าน อายุของผู้ดูแล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และอายุของผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม ปัจจัยเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา 2) เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม และ 3) เพื่อศึกษาความเครียดในบทบาทจากมุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีความเครียดในบทบาทสูง ซึ่งการศึกษานี้ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัยจำนวน 13 ชุมชน รวมทั้งสิ้น 100 ราย (ดังตารางที่ 1) ซึ่งร่วมในโครงการเยี่ยมบ้านของแผนกการรักษาพยาบาลหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลสุโขทัย การศึกษานี้มีเกณฑ์ในการเลือกประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา คือ เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าทั้งเพศชายและหญิง ภาวะพึ่งพาประเมินโดย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ ดัชนี Barthel ADL Index ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล(2542)(รายละเอียดในภาคผนวกหน้า131-132)โดยมีค่าคะแนนที่ประเมินได้อยู่ระหว่าง 0 – 12 คะแนน ซึ่งผู้สูงอายุทั้ง 100 รายอยู่ในภาวะพึ่งพาทั้งหมด

ประชากรที่ศึกษาคือ

1. เป็นผู้ดูแล ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ
2. เป็นผู้ให้การดูแลหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน และไม่เกี่ยวกับข้อผูกมัดทางวิชาชีพ โดยสอบถามจากผู้สูงอายุ หรือ จากการสอบถามสมาชิกในครัวเรือน ทั้งนี้อาจเป็นคู่ชีวิต บุตรหลาน หรือ สมาชิกในครอบครัวอื่นๆ
3. สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย
4. ไม่มีปัญหาการฟังหรือการได้ยิน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของแผนกการรักษายาบาลหน่วยปฐมภูมิ
ของโรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัย ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย

ชุมชนในเขตเทศบาล	จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้าน(คน)
1. ประชากรร่วมใจ	12
2. บ้านกล้วยหมู่ 1	11
3. วังหิน	10
4. บางแก้ว	10
5. เลอไทย	9
6. คูหาสุวรรณ	8
7. ราชธานี	7
8. วิเชียรจันทน์	7
9. คลองโพธิ์	7
10. ตาลเดี่ยว	6
11. ร่วมพัฒนา	5
12. คลองตาเพชร	4
13. พระแม่ย่า	4
รวม	100

ที่มา : แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสุโขทัย (2544)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ชุดคือ

ชุดที่ 1: ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ศาสนา อาชีพ และลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 แบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างโดยศึกษากรอบแนวคิดของ Archbold และ Stewart (1986,1993) ร่วมกับแนวคิดของ Kespichayawattana (1999) ลักษณะแบบวัดเป็นข้อคำถามถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองว่า เตรียมตัว เตรียมใจ ได้ดีมากน้อยเพียงใดในการเข้ารับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง	มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
ไม่พร้อมเลย	หมายถึง	ไม่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเลย ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม และรายข้อ ผู้วิจัยสร้างเกณฑ์การตัดสินแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามวิธีของ ประคอง กรวรรณสูตร (2538)

ค่าเฉลี่ย	4.50 ขึ้นไป	หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมาก
ค่าเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล

เล็กน้อย

ค่าเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล

และผู้สูงอายุเลย

ชุดที่ 2 : แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 69 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Archbold และคณะ(1990) ประกอบด้วยแบบวัดความเครียดทั้ง 9 ด้าน คือ

ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง	จำนวน 32	ข้อ (ข้อ 1 -32)
ด้านความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน	จำนวน 4	ข้อ (ข้อ 33 - 36)
ด้านความเครียดจากความวิตกกังวล	จำนวน 10	ข้อ (ข้อ 37 - 46)
ด้านความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท	จำนวน 6	ข้อ (ข้อ 47 - 52)
ด้านความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย	จำนวน 3	ข้อ (ข้อ 53 - 55)
ด้านความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง	จำนวน 4	ข้อ (ข้อ 56 -59)
ด้านความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม	จำนวน 3	ข้อ (ข้อ 60 - 62)
ด้านความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม	จำนวน 3	ข้อ (ข้อ 63 - 65)
ด้านความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล	จำนวน 4	ข้อ (ข้อ 66 - 69)

ข้อคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งลักษณะคำตอบให้เลือกตอบมีดังนี้

ยากลำบากหรือเป็นปัญหามากที่สุด	ให้	5	คะแนน
ยากลำบากหรือเป็นปัญหามาก	ให้	4	คะแนน
ยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่ยากลำบากหรือไม่เป็นปัญหาเลย	ให้	1	คะแนน

การแปลผลคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งรายรวม รายด้าน และรายข้อ ผู้วิจัยสร้างเกณฑ์การตัดสินแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามวิธีของ ประคอง กรรณสูต (2538)

ค่าเฉลี่ย	4.50 ขึ้นไป	หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหามากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหามาก
ค่าเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง

ค่าเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย
ค่าเฉลี่ย	ต่ำกว่า 1.50	หมายถึง	ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่ยากลำบากหรือไม่เป็นปัญหาเลย

ชุดที่ 3 : แนวคำถาม (Interview Guideline) ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยกำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีระดับความเครียดในบทบาทสูง จำนวน 5 รายหรือจนกว่าข้อมูลจะมีการอิ่มตัว ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาระดับความเครียดในบทบาทสูงจากค่าคะแนนรวมของความเครียดในบทบาท ทั้งนี้แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 138) เป็นแนวคำถามกว้างๆและคำถามเจาะลึก (Probing Questions) เกี่ยวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ อาการของผู้สูงอายุ เหตุผลในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมการดูแล เป็นต้น

วิธีการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. สร้างแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีวิธีการดังนี้
 - 2.1 ศึกษาแนวคิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของ Archbold และคณะ (1990)
 - 2.2 สร้างข้อคำถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมคำสำคัญของแนวคิดที่ศึกษามาเขียนเป็นคำจำกัดความ จากนั้นสร้างข้อคำถามให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในสังคมไทยได้ศึกษาจากงานวิจัยของ Kespichayawattana (1999)
 - 2.3 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในด้านของความเครียดจากการดูแลโดยตรงนั้นเป็นด้านที่มีกิจกรรมการดูแลซึ่งมีรายละเอียดของการทำกิจกรรมมากที่สุด ประกอบกับมีแนวคิดและคำสำคัญมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างจำนวนข้อคำถามในด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรงมากกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งจำนวนข้อคำถามของด้านการดูแลโดยตรงคิดเป็นร้อยละ 45 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเครียดจากความวิตกกังวลนั้นมีจำนวนของแนวคิดและคำสำคัญในลำดับรองลงมาผู้วิจัยจึงสร้างจำนวนข้อคำถามใน

ด้านนี้มีจำนวนข้อคำถามมากรองลงมาจากการดูแลโดยตรง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด นอกจากนี้ในด้านความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม และความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแลนั้น จะมีแนวคิดและคำสำคัญในจำนวนใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงสร้างจำนวนข้อคำถามในแต่ละด้านให้มีจำนวนใกล้เคียงกันซึ่งต่อด้านคิดเป็นร้อยละ 5 - 6 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

2.4 นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาและปรับให้เหมาะสมตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำ

3. สร้างแบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีวิธีการดังนี้

3.1 ศึกษาแนวคิดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของ Archbold และ Stewart (1986,1993) ร่วมกับ ศึกษาแนวคิดบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในสังคมไทยโดยเฉพาะในด้านความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จากงานวิจัยของ Kespichayawattana (1999)

3.2 สร้างข้อคำถามความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมคำสำคัญของแนวคิดที่ศึกษามาเขียนเป็นคำจำกัดความ จากนั้นสร้างข้อคำถามให้มีความครอบคลุมและสอดคล้อง

3.3 นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาและทำการปรับให้เหมาะสมตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างทั้ง 3 ชุดให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจ และทำการแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำนวน 5 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยถือเกณฑ์การยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒির้อยละ 80 คือยอมรับ 4 ใน 5 ท่าน ของผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิไว้ดังนี้

- 1) มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา
- 3) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร ด้านวิชาการ หรือด้านการปฏิบัติการ

พยาบาลด้านผู้สูงอายุ หรือเกี่ยวกับด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือการพยาบาลเยี่ยมบ้าน
จากการรวบรวมข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน มีจำนวนข้อคำถามที่ต้องปรับ
ปรุงดังนี้

แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุเดิมมีจำนวนข้อคำถามที่สร้าง 72 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของภาษา	20	ข้อ
ตัดข้อคำถามที่มีความหมายซ้ำกับข้ออื่นทิ้ง	3	ข้อ
ตัดข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทิ้ง	1	ข้อ
เพิ่มข้อคำถามใหม่	1	ข้อ

สรุปมีจำนวนข้อคำถามของแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลหลังจากผ่านผู้ทรง
คุณวุฒิจำนวน 69 ข้อ

แบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเดิมมีจำนวนข้อคำถามที่สร้าง 10 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของภาษา	4	ข้อ
---------------------------	---	-----

สรุปมีจำนวนข้อคำถามของแบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากผ่าน
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ข้อ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยโดยการตัดข้อคำถามที่มีความหมายซ้ำ
ซ้อน หรือไม่ผ่านเกณฑ์ และไม่ทำให้โครงสร้าง หรือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับการวัดในแต่ละตัวแปรนั้น
ขาดหายไป หลังจากได้ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และผ่านความเห็น
ชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดชุดที่ 1 ตอนที่ 2 และชุดที่ 2 ไปหาค่าความเที่ยง

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูง
อายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา คือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลทุ่งหลวง
อ.ศรีมหา จ.สุโขทัย ซึ่งได้รับการเยี่ยมบ้านจากสถานีอนามัยประจำตำบลทุ่งหลวง จำนวน 30
ราย หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามแล้ว ได้นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย นำข้อ
มูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach' s Alpha Coefficient) ด้วยการ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 9.0
(Statistical Package for the Social Science)

3. ได้แบบวัดที่มีค่าความเที่ยงเหมาะสมสามารถนำไปใช้ศึกษากับกลุ่มประชากรดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบวัดในการทดลองใช้ และค่าความเที่ยงของประชากรที่ศึกษา

	ค่าความเที่ยง (ทดลองใช้)	ค่าความเที่ยง (ใช้จริง)
3.1 แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	0.95	0.94
ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง	0.88	0.86
ด้านความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน	0.90	0.83
ด้านความเครียดจากความวิตกกังวล	0.90	0.85
ด้านความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท	0.84	0.76
ด้านความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย	0.76	0.73
ด้านความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง	0.87	0.79
ด้านความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม	0.73	0.73
ด้านความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม	0.92	0.76
ด้านความเครียดโดยทั่วไปในการดูแล	0.90	0.81
3.2 แบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	0.85	0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัยเพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือ
2. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบประจำที่แผนกการรักษาพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบประจำที่แผนกการพยาบาลหน่วยปฐมภูมินัดหมายวันเวลาในการพบกับ อสม. ของแต่ละชุมชน
4. ผู้วิจัยพบกับ อสม. ของแต่ละชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือวางแผนในการเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยให้ อสม. เป็นผู้ประสานงานกับครอบครัวที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสอบถามความสมัครใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลตอบตกลงเข้าร่วมวิจัย อสม. แจ้งนัดวัน เวลา ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สะดวกในการที่จะให้ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลที่บ้าน

5. การลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่นัดหมาย อสม. เป็นผู้นำทางในการไปพบกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยในการลงพื้นที่จะประกอบด้วย ผู้วิจัย และมีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ตรวจวัดสัญญาณชีพให้กับผู้สูงอายุ และดูแลผู้สูงอายุขณะที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงว่าในการเป็นกลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้จะไม่ได้รับค่าตอบแทนหากแต่ชี้แจงว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยจะก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้และจะเป็นประโยชน์กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในภาพรวมของสังคมไทยต่อไป ให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนการเก็บข้อมูล

7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความตรง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามเครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ภายหลังจากที่พูดคุยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ดูแลแล้ว

8. ในการสัมภาษณ์จะหยุดพักเป็นระยะโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย รวมใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที ต่อผู้ดูแลแต่ละราย

9. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวันตั้งแต่เวลา 8.00 - 16.30 น. เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 20 พฤษภาคม 2545 – 30 มิถุนายน 2545 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ รวมจำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งสิ้น 100 ราย ซึ่งทุกรายที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของหน่วยการพยาบาลปฐมภูมิยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายผู้วิจัยตรวจสอบแบบวัดก่อนจบการสัมภาษณ์ เพื่อตรวจดูความครอบคลุม และความเรียบร้อยของการเก็บข้อมูลทุกชุด

10. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 100 รายมาวิเคราะห์หาค่าคะแนนรวมของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเลือกผู้ดูแล 5 อันดับแรกที่มีค่าคะแนนรวมอยู่ในระดับสูงสุด

11. ตรวจสอบหมายเลขรหัสของข้อมูลที่ได้ค่าคะแนนสูง 5 อันดับแรก ตรวจสอบที่อยู่รายละเอียด เพื่อติดต่อ ขออนุญาตทำการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งแจ้งเหตุผลในการกลับมาสัมภาษณ์

ขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ดังนี้

1. การเตรียมสัมภาษณ์ ติดต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับความเครียดในบทบาทสูง 5 ราย แจ้งวัตถุประสงค์ในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้ง พร้อมนัดหมายกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้เลือก เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ เพื่อขอสัมภาษณ์ พร้อมทั้งวางแผนการสัมภาษณ์ เตรียมอุปกรณ์จัดบันทึกและใช้เทปบันทึกเสียง

2. ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทป และการจดบันทึกข้อมูล ต่างๆระหว่างการสัมภาษณ์ ทำการชี้แจงเกี่ยวกับในการเป็นกลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้จะไม่ได้รับคำตอบแทนหากแต่ชี้แจงว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยจะก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้และจะเป็นประโยชน์กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในภาพรวมของสังคมไทย และพูดคุยเรื่องทั่วไป เช่น การถามถึงสมาชิกภายในบ้านของผู้ดูแล พูดคุยเกี่ยวกับบรรยากาศของบ้านผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะสร้างบรรยากาศความคุ้นเคยและเป็นกันเองก่อนเพื่ออุ่นเครื่อง

3. ขั้นสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้สูงอายุแต่ละรายโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 3 ซึ่งเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ใช้คำถามปลายเปิดเป็นแนวทางสัมภาษณ์ตั้งใจฟัง ขณะทำการสัมภาษณ์มองหน้าและสบตาผู้ดูแล ติดตามคำตอบ ป้อนคำถามให้เหมาะสมกับ จังหวะผู้ตอบ ใช้ภาษาสุภาพ เข้าใจง่าย

4. ขั้นบันทึกข้อมูลและสิ้นสุดการสัมภาษณ์ คือ การจดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง จดเฉพาะใจความสำคัญ ยุติการสัมภาษณ์โดยการกล่าวคำขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยดังนี้

1. แจ้งถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นการศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ พูดคุยกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุซึ่งทั้งนี้ถือว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์ในการให้การดูแลการพยาบาลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อยู่ในครัวเรือน

2. แจ้งถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัย ในการเป็นกลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้และจะเป็นประโยชน์กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในภาพรวมของสังคมไทยต่อไป

3. ระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคำถามก่อให้เกิดความรู้สึกลังเลไม่สบายใจ หรือทำให้ลำบากใจ ผู้ดูแลสามารถที่จะหยุดหรือปฏิเสธที่จะตอบการพูดคุยในเรื่องนั้นๆได้

4. หากผู้ดูแลและผู้สูงอายุตกลงที่จะมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย(รายละเอียดในภาคผนวกหน้า 129) ซึ่งได้รับความร่วมมือจากทุกท่านเป็นอย่างดี การสัมภาษณ์จะกระทำในสถานที่ที่สะดวกแก่ผู้ดูแล ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ตามแบบวัดประมาณ 60 นาที

5. จัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีผู้เฝ้าระวัง นอกจากผู้วิจัยและผู้ดูแล เพื่อความสะดวกของผู้ดูแลหากต้องการพูดถึงความยากลำบากที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

6. ขณะที่ผู้ดูแลให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัยนั้น ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจะทำการตรวจวัดสัญญาณชีพให้กับผู้สูงอายุ และให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาในการสัมภาษณ์

7. ระหว่างการสัมภาษณ์ มีผู้ดูแลหลายรายพูดถึงความยากลำบาก ในการทำกิจกรรมการดูแล ตลอดจนความรู้สึกทุกขใจในการดูแล ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกนั้นๆ และช่วงที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่ได้ให้สัมภาษณ์ โดยประเมินจากสีหน้าและคำพูดที่ผู้ดูแลกล่าวภายหลังจบการสัมภาษณ์ว่า รู้สึกดีใจมากที่มีโอกาสได้พูดคุย และรู้สึกสบายใจที่มีผู้เข้าใจและรับฟังปัญหาในการดูแล ผู้วิจัยได้กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจผู้ดูแลภายหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นลง ท้ายที่สุดได้มอบของที่ระลึกไว้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / PC Version 9.0 (Statistical Package for the Social Science) ตามรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโดยสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ข้อมูลความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) วัดการกระจายด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับตัวแปรเพศ โดยใช้สถิติ t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ แลจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
4. สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ สรุปประเด็นสำคัญที่ได้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย โดยจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพ รวมถึงศึกษาความเครียดในบทบาทจากมุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับความเครียดในบทบาทสูง

การศึกษาเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาเสนอเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สาเหตุการเจ็บป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม รายด้าน และรายข้อ ด้วยค่าเฉลี่ย และวัดการกระจายด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งโดยรวม และรายข้อ ด้วยค่าเฉลี่ย และวัดการกระจายด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลระดับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับตัวแปร เพศ ด้วยสถิติ t - test และเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความ

พร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม ด้วยสถิติ ANOVA นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ สรุปประเด็นสำคัญ

การเสนอผลการวิเคราะห์และแปลผล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏผลตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละของประชากรจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การมีผู้ช่วยเหลือ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	67	67
ชาย	33	33
อายุ (ปี)		
22 - 44	38	38
45 - 59	42	42
60 - 69	20	20
สถานภาพสมรส		
คู่	69	69
โสด	24	24
ม่าย	4	4
หย่า / แยก	3	3

N = 100

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	32	32
ค้าขาย	21	21
แม่บ้าน / งานบ้าน	20	20
เกษตรกร	14	14
รับราชการ	13	13
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
1,500 – 5,000	52	52
5,001 – 10,000	32	32
10,001 ขึ้นไป	16	16
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ / มีเหลือเก็บ	53	53
พอบ้างไม่พอบ้าง	36	36
ไม่เพียงพอ	11	11
ระยะเวลาในการศึกษาถึงขั้นสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา – 6 ปี	54	54
7 ปี – 12 ปี	16	16
13 ปี ขึ้นไป	30	30
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ (เดือน)		
1 – 12 เดือน (1 ปี)	54	54
13 – 36 เดือน (1ปีขึ้นไป – 3 ปี)	34	34
37 – 72 เดือน (3 ปีขึ้นไป – 6 ปี)	7	7
73 - 120 เดือน (6 ปีขึ้นไป – 10 ปี)	5	5
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
บุตร	79	79
คู่สมรส	14	14
หลาน / น้อง / พี่ / สะใภ้	7	7
ผู้อื่นช่วยเหลือในการดูแล		
มี	76	76
ไม่มี	24	24

N = 100

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ช่วยเหลือ		
บุตรของผู้ดูแล	15	15
คู่สมรสของผู้ดูแล	14	14
หลานของผู้ดูแล	8	8
อื่นๆ	39	39
- พี่สาว / น้องสาว / น้องสะใภ้ / พี่ชาย / น้องชาย	28	28
- ลูกจ้าง	6	6
- อื่นๆ (ยาย / น้ำ)	5	5
จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม (ภายใน 3 เดือน)		
ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง	60	60
ได้รับการเยี่ยม 2 ครั้ง	32	32
ได้รับการเยี่ยม 3 ครั้ง	8	8

N = 100

จากตารางที่ 3 พบว่า ประชากรเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 67 อายุอยู่ระหว่าง 38 – 53 ปีคิดเป็นร้อยละ 59 มีสถานภาพคู่มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรคิดเป็นร้อยละ 69 พบว่าจำนวนสูงสุดร้อยละ 32 ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,500 ถึง 5,000 บาทซึ่งมีจำนวนมากกว่าครึ่งของประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 52 และประชากรร้อยละ 53 ประเมินตนเองว่ามีความเพียงพอของรายได้หรือมีรายได้เหลือเก็บและที่พบว่ามีรายได้พอใช้บ้างไม่พอบ้างมีมากกว่าหนึ่งในสามของประชากร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36 ระดับการศึกษาของประชากรที่ศึกษานั้น มีตั้งแต่ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 54 และประชากรมากกว่าสองในสามหรือร้อยละ 79 ที่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุคือเป็นบุตร ส่วนในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นมีผู้ที่ช่วยเหลือในการดูแลถึงร้อยละ 76 ซึ่งในกลุ่มของผู้ช่วยเหลือร้อยละ 28 จะเป็น พี่สาว น้องสาว พี่ชาย น้องชาย ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุนั้นมีตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 10 ปี และระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1 – 12 เดือน จัดว่ามีจำนวนของประชากรที่ให้การดูแลในช่วงระยะเวลานี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ สาเหตุการเจ็บป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏผลตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำแนกตามอายุ สาเหตุการเจ็บป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60 – 74	40	40
75 – 89	48	48
90 - 104	12	12
สาเหตุการเจ็บป่วย (คน)		
อัมพฤกษ์ / อัมพาต	41	41
ชราภาพ (ตามัวมองไม่ชัด / อ่อนเพลียเป็นต้น)	20	20
กระดูกสะโพกหัก	8	8
ความดันโลหิตสูง / หัวใจ / เบาหวาน	8	8
โรคปอด / หอบหืด	6	6
มะเร็ง	5	5
โรคไต	5	5
สมองเสื่อม	4	4
ปวดเข่า / เก๊าท์	2	2
ลมชัก	1	1
ระดับ ADL		
1 ถึง 4 (ระดับการพึ่งพามาก)	7	7
5 ถึง 8 (ระดับการพึ่งพานกลาง)	18	18
9 ถึง 12 (ระดับการพึ่งพาน้อย)	75	75

N = 100

จากตารางที่ 4 พบว่าในกลุ่มของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาพบว่าจำนวนสูงสุดร้อยละ 48 มีอายุอยู่ในช่วง 75 – 89 ปี และสาเหตุการพึ่งพาเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรมาจากโรค อัมพฤกษ์ / อัมพาตซึ่งคิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมาได้แก่ ภาวะชราภาพคิดเป็นร้อยละ 20 ผู้สูงอายุมีระดับความ

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) อยู่ในช่วงคะแนน 9 - 12 คะแนนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีระดับในการพึ่งพาน้อยซึ่งมีจำนวนมากที่สุดเป็นสามในสี่ของผู้สูงอายุทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาได้แก่ ช่วงคะแนน 5 - 8 คะแนนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีระดับในการพึ่งพาปานกลาง และช่วงคะแนน 1 - 4 คะแนนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีระดับในการพึ่งพามาก คิดเป็นร้อยละ 18 และ 7 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวบรวม รายด้าน และรายข้อ ด้วยค่าเฉลี่ย และวัดการกระจายด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏผลตามตารางที่ 5 - 14

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายด้านและรวมทุกด้าน

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก/เป็นปัญหา
ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล	2.84	0.97	ปานกลาง
ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม	2.61	0.88	ปานกลาง
ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน	2.51	0.87	ปานกลาง
ความเครียดจากความวิตกกังวล	2.45	0.73	เล็กน้อย
ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย	2.10	0.86	เล็กน้อย
ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท	2.00	0.67	เล็กน้อย
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	1.91	0.43	เล็กน้อย
ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง	1.90	0.75	เล็กน้อย
ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม	1.87	0.86	เล็กน้อย
รวม	2.12	0.45	เล็กน้อย

จากตารางที่ 5 พบว่าความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.12$)

เมื่อพิจารณาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.84$) โดยระดับความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง รองลงมาได้แก่ ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน ความเครียดจากความวิตกกังวล ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง ($\bar{X} = 2.61$ 2.51 2.45 2.10 2.00 1.91 และ 1.90 ตามลำดับ) ส่วนในด้านความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.87$) โดยระดับความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแลผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายชื่อ

ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก/เป็นปัญหา
การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยาก	3.16	1.18	ปานกลาง
การขาดอิสระของผู้ดูแล	2.98	1.18	ปานกลาง
การดูแลผู้สูงอายุเป็นข้อผูกมัดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้	2.79	1.31	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลที่มากกว่าขณะนี้	2.42	1.19	เล็กน้อย
รวม	2.84	0.97	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแลในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยากมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 3.16$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง ส่วนเรื่องความสามารถในการดูแลที่มากกว่าขณะนี้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.42$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม จำแนกเป็นรายข้อ

ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก/ เป็นปัญหา
ชีวิตมีความยากลำบากมากขึ้น	2.73	1.03	ปานกลาง
สัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุลดลง	2.59	1.13	ปานกลาง
ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ขณะให้การดูแล	2.50	1.15	ปานกลาง
รวม	2.61	0.88	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม ในเรื่องชีวิตมีความยากลำบากมากขึ้นมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.73$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหাপานกลาง ส่วนเรื่องไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ขณะให้การดูแลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.50$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหাপานกลาง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน จำแนกเป็นรายข้อ

การขาดแหล่งสนับสนุน	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก/ เป็นปัญหา
ขาดเวลาส่วนตัว	2.95	1.18	ปานกลาง
การนอนหลับพักผ่อนลดลง	2.86	1.15	ปานกลาง
ขาดผู้ช่วยเหลือในการดูแล	2.35	1.02	เล็กน้อย
ขาดผู้รับฟังปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ	1.86	0.89	เล็กน้อย
รวม	2.51	0.87	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน ในเรื่องขาดเวลาส่วนตัวมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.95$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหাপานกลาง ส่วนเรื่องขาดผู้รับฟังปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.86$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากความวิตกกังวล จำแนกเป็นรายชื่อ

ความวิตกกังวล	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก/เป็นปัญหา
การดูแลผู้สูงอายุหากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้	3.21	1.19	ปานกลาง
การจัดการหากผู้สูงอายุอาการทรุดลง	2.93	1.00	ปานกลาง
สุขภาพของผู้สูงอายุ	2.85	1.07	ปานกลาง
อนาคตผู้ดูแล	2.75	1.23	ปานกลาง
การขาดความช่วยเหลือในส่วนที่ทำได้	2.61	1.15	ปานกลาง
การให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว	2.43	1.30	เล็กน้อย
ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	2.24	1.16	เล็กน้อย
ความไม่แน่นอนในอารมณ์ผู้สูงอายุ	2.04	1.14	เล็กน้อย
การจัดการให้ผู้สูงอายุไปอยู่ที่อื่น	1.77	0.97	เล็กน้อย
ความสามารถในการทำตามคำแนะนำจากแพทย์	1.65	0.72	เล็กน้อย
รวม	2.45	0.73	เล็กน้อย

จากตารางที่ 9 พบว่า ความเครียดจากความวิตกกังวล ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 3.21$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง ส่วนเรื่องความสามารถในการทำตามคำแนะนำจากแพทย์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.65$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย จำแนกเป็นรายชื่อ

ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก / เป็นปัญหา
ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ	2.76	1.37	ปานกลาง
การมีเงินไม่เพียงพอในการดูแล	2.38	1.15	เล็กน้อย
การจ้างให้ผู้อื่นมาช่วยดูแล	1.16	0.39	ไม่เลย
รวม	2.10	0.86	เล็กน้อย

จากตารางที่ 10 พบว่า ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย ในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.76$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง ส่วนเรื่องการจ้างให้ผู้อื่นมาช่วยดูแล มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.16$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท จำแนกเป็นรายชื่อ

ความขัดแย้งในบทบาท	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก / เป็นปัญหา
การทำงานนอกบ้าน	2.75	1.31	ปานกลาง
การไปทำบุญ	2.06	1.08	เล็กน้อย
การให้เวลากับเพื่อนๆ	1.90	1.10	เล็กน้อย
การพูดคุยพบปะเพื่อนบ้าน	1.81	0.77	เล็กน้อย
การดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวลดลง	1.79	0.82	เล็กน้อย
การทำงานภายในบ้าน	1.70	0.73	เล็กน้อย
รวม	2.00	0.67	เล็กน้อย

จากตารางที่ 11 พบว่า ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท ในเรื่องการทำงานนอกบ้านมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.75$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง ส่วนเรื่องการทำงานภายในบ้านมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.70$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง จำแนกเป็นรายข้อ

กิจกรรมการดูแล	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก / เป็นปัญหา
พาพบแพทย์	3.16	1.24	ปานกลาง
ระวังไม่ให้หกล้ม	3.12	1.22	ปานกลาง
อุ้มหรือพยุง	2.86	1.10	ปานกลาง
ช่วยเดินในบ้าน	2.78	1.40	ปานกลาง
ทำความสะอาดเมื่อขับถ่าย	2.57	1.22	ปานกลาง
แก้ปัญหาเมื่อท้องผูก หรือ ท้องเสีย	2.23	1.04	เล็กน้อย
ช่วยบริหารร่างกาย	2.17	1.11	เล็กน้อย
ช่วยอาบน้ำหรือเช็ดตัว	2.06	0.96	เล็กน้อย
ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาทางสายตา	2.05	1.12	เล็กน้อย
แก้ปัญหาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงกระทันหัน	2.02	0.90	เล็กน้อย
พยายามกระตุ้นให้มีส่วนร่วมสิ่งที่ชอบ	1.99	1.05	เล็กน้อย
สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง	1.97	0.80	เล็กน้อย
ช่วยใส่หรือถอดเสื้อผ้า	1.92	0.88	เล็กน้อย
สระผม/ตัดผมให้	1.88	0.74	เล็กน้อย
การจัดการกับความรู้สึกที่ผู้สูงอายุกลัว	1.81	1.01	เล็กน้อย
ฟังและตอบคำถามซ้ำๆ	1.81	1.05	เล็กน้อย
ช่วยรับประทานอาหาร	1.78	1.02	เล็กน้อย
ช่วยตัดสินใจการรักษา	1.74	0.92	เล็กน้อย
ช่วยทำงานบ้าน	1.66	0.71	เล็กน้อย
ทำอาหารให้	1.61	0.74	เล็กน้อย
เตรียมที่นอน	1.61	0.98	เล็กน้อย
ช่วยสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ	1.61	0.91	เล็กน้อย
แก้ปัญหาเมื่อผู้สูงอายุเสียงดัง	1.60	0.84	เล็กน้อย

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก / เป็นปัญหา
ช่วยรับประทานยา	1.56	0.69	เล็กน้อย
การใช้เวลาร่วมกัน	1.56	0.76	เล็กน้อย
ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการเงิน	1.52	0.92	เล็กน้อย
บอกอาการให้พยาบาลและแพทย์ทราบ	1.49	0.64	ไม่ยากลำบาก/ไม่เป็นปัญหาเลย
ช่วยหาของเมื่อเก็บแล้วจำไม่ได้	1.49	0.92	ไม่ยากลำบาก/ไม่เป็นปัญหาเลย
ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้	1.48	0.69	ไม่ยากลำบาก/ไม่เป็นปัญหาเลย
พูดอธิบายอาการให้คนในครอบครัวเข้าใจ	1.48	0.73	ไม่ยากลำบาก/ไม่เป็นปัญหาเลย
ชื่อของหรือทำธุระ	1.25	0.50	ไม่ยากลำบาก/ไม่เป็นปัญหาเลย
ระวังและเก็บสารมีพิษต่างๆ	1.18	0.46	ไม่ยากลำบาก/ไม่เป็นปัญหาเลย
รวม	1.91	0.43	เล็กน้อย

จากตารางที่ 12 พบว่า ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ในเรื่องการพาไปพบแพทย์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดจากรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 3.16$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง ส่วนเรื่องการระวังและเก็บสารมีพิษต่างๆมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.91$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ยากลำบากหรือไม่เป็นปัญหาเลย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง จำแนกเป็นรายข้อ

ความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก / เป็นปัญหา
ผู้สูงอายุให้ทำบางสิ่งโดยที่น้ำจะทำได้เอง	2.18	1.05	เล็กน้อย
ผู้สูงอายุทำบางสิ่งโดยน้ำจะให้ท่านช่วยทำ	2.09	1.02	เล็กน้อย
ผู้สูงอายุขอให้ทำบางสิ่งซึ่งไม่สามารถทำให้ได้	1.74	0.95	เล็กน้อย
การทำกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้ลำบากใจ	1.57	0.76	เล็กน้อย
รวม	1.90	0.75	เล็กน้อย

จากตารางที่ 13 พบว่า ความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง ในเรื่องผู้สูงอายุให้ทำบางสิ่ง โดยที่น้ำจะทำได้เอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.18$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ส่วนเรื่องกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้รู้สึกลำบากใจ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.57$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม จำแนกเป็นรายข้อ

ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม	\bar{x}	S.D.	ระดับความยากลำบาก / เป็นปัญหา
เรียกร้องการดูแลมากขึ้นโดยไม่มีเหตุผล	2.21	1.16	เล็กน้อย
ผู้สูงอายุพยายามบงการให้ทำตามต้องการ	2.12	1.23	เล็กน้อย
รู้สึกว่าถูกผู้สูงอายุเอาเปรียบ	1.28	0.64	ไม่เลย
รวม	1.87	0.86	เล็กน้อย

จากตารางที่ 14 พบว่า ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม ในเรื่องเรียกร้องการดูแลมากขึ้นโดยไม่มีเหตุผล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.21$) โดยระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ส่วนเรื่องการรู้สึกว่าถูกผู้สูงอายุเอาเปรียบ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายข้อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.28$) โดยมีระดับความเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ยากลำบากหรือไม่เป็นปัญหาเลย

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งโดยรวม และรายข้อ ด้วยค่าเฉลี่ย และวัดการกระจายด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลระดับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏผลตามตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำแนก เป็นรายข้อ และรวมทุกข้อ

ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
การสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแล	2.98	0.93	ปานกลาง
การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสถานบริการทางสุขภาพ	2.95	0.99	ปานกลาง
การจัดการเมื่ออาการของผู้สูงอายุทรุด	2.83	0.83	ปานกลาง
การเลือกพาผู้สูงอายุไปรับบริการทางสุขภาพ	2.58	1.25	ปานกลาง
การพร้อมในการเป็นผู้รับฟัง	2.23	0.81	เล็กน้อย
การเตรียมตัว เตรียมใจ โดยทั่วไปในการดูแล	2.16	0.96	เล็กน้อย
การดูแลทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ	2.05	0.74	เล็กน้อย
การดูแลทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ	2.05	0.73	เล็กน้อย
การทำให้กิจกรรมการดูแลเป็นสิ่งที่สบายใจ	1.98	0.89	เล็กน้อย
การจัดการกับความเครียด	1.89	0.78	เล็กน้อย
รวม	2.37	0.54	เล็กน้อย

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.37$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 2.98$) รองลงมาได้แก่ การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสถานบริการทางสุขภาพ การจัดการเมื่ออาการของผู้สูงอายุทรุด และการเลือกพาผู้สูงอายุไปรับบริการทางสุขภาพ ($\bar{X} = 2.95$ 2.83 และ 2.58 ตามลำดับ) ส่วนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในรายชื่อของด้านนี้ ($\bar{X} = 1.89$)

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียงดังปรากฏผลตามตารางที่ 16 -17

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน และโดยรวม โดยจำแนกตาม เพศ

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	\bar{x}	\bar{x}	t
	ชาย(n=33)	หญิง(n=67)	
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	61.09	60.99	.03
ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน	9.97	10.04	-.10
ความเครียดจากความวิตกกังวล	24.55	24.45	.06
ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท	13.00	11.52	1.74 *
ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย	5.33	6.78	-2.72*
ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง	7.55	7.60	-.08
ความเครียดจากการได้รับ แรงกดดันเพิ่ม	7.73	7.87	-.24
ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม	5.58	5.63	-.09
ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล	10.36	11.84	-.179*
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	145.15	146.70	-.23

$p < 0.05$

จากตารางที่ 16 พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท สูงกว่า เพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย และค่าเฉลี่ยความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม

	ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
	\bar{x}	S.D.	F
อายุ (ปี)			
22 - 44	148.50	32.50	.30
45 - 59	143.31	27.93	
60 - 69	147.85	36.49	
ระดับการศึกษา (ปี)			
0 - 6	148.24	31.96	.71
7 - 12	137.69	31.15	
12 ปีขึ้นไป	147.03	30.44	
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ / มีเหลือเก็บ	138.19	24.98	4.22 *
พอบ้างไม่พอบ้าง	153.33	37.37	
ไม่เพียงพอ	161.36	28.07	
ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล			
ไม่มีความพร้อมเลย	183.67	65.96	8.53 *
มีความพร้อมเล็กน้อย	153.52	31.34	
มีความพร้อมปานกลาง	138.14	18.76	
มีความพร้อมมาก	99.60	19.48	
จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม(ภายใน3 เดือน)			
ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง	142.90	26.24	11.46 *
ได้รับการเยี่ยม 2 ครั้ง	140.90	31.03	
ได้รับการเยี่ยม 3 ครั้ง	192.25	33.73	

$p < 0.05$

จากตารางที่ 17 พบว่า

อายุ ผู้ดูแลทั้ง 3 กลุ่มอายุ มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 3 กลุ่มมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ LSD (Least – Significant Different) (รายละเอียดในภาคผนวกหน้า 117) พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้บ้างไม่พอใช้บ้างและผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความพร้อมทั้ง 5 กลุ่มมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe (รายละเอียดในภาคผนวกหน้า 118) พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อมเลย มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับเล็กน้อย และผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับปานกลาง รวมถึงผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 3 กลุ่ม มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe (รายละเอียดในภาคผนวกหน้า 119) พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 3 ครั้ง(ใน 3 เดือน) มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 2 ครั้ง (ใน 3 เดือน) และผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง(ใน 3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับความเครียดในบทบาทสูงจำนวน 5 ราย ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ แต่ละราย มีคุณลักษณะดังนี้

ตารางที่ 18 ลักษณะเบื้องต้นของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความเครียดในบทบาทสูง

คุณลักษณะ	รายที่1	รายที่2	รายที่3	รายที่4	รายที่5
- เพศ	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย	หญิง
- อายุ	63 ปี	66 ปี	41 ปี	44 ปี	61 ปี
- สถานภาพ	สมรส	สมรส	โสด	สมรส	สมรส
- การศึกษา	ป.4	ไม่ได้ ศึกษา	ป.4	ป.4	ป.4
- ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอ	ไม่พอ	พอบ้างไม่พอบ้าง	เพียงพอ	ไม่พอ
- ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ	10 ปี	3 ปี	2 ปี	1 ปี	3 ปี
- ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	บุตร	ภรรยา	บุตร	บุตร	ภรรยา
- ผู้ช่วยเหลือในการดูแล	ไม่มี	บุตรช่วย	พี่สาวช่วย	ภรรยาช่วย	ไม่มี
- จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมใน3 เดือน	3 ครั้ง	3 ครั้ง	3 ครั้ง	3 ครั้ง	3 ครั้ง
- อายุของผู้สูงอายุ	104 ปี	73 ปี	78 ปี	79 ปี	62 ปี
- โรคที่ผู้สูงอายุเป็น	สมอง เสื่อม / สะโพกหัก	อัมพาต	สมองเสื่อม	อัมพาต	อัมพาต
- ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ	มาก ADL=3	มาก ADL=3	มาก ADL=3	ปานกลาง ADL=6	มาก ADL=2
- คะแนนรวมของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล(คะแนนเต็ม=345)	93	93	97	99	89

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญในแต่ละด้านของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย ได้ดังนี้คือ

1. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง การที่ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุในส่วนที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติเองได้ เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาในระดับที่มาก ดังนั้นกิจวัตรต่างๆที่ผู้ดูแลต้องทำทดแทนให้กับผู้สูงอายุจึงมีหลายชนิด ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน จากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและระมัดระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และในด้านการสื่อสารพูดคุยระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นต้องมีผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือในการสื่อสาร หรือในด้านกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลต้องทำทดแทนให้ในเรื่องการเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย และการดูแลเรื่องงานบ้าน ดังตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์ดังนี้

“..... เขาก็หุงข้าว เอมาบ้อน เพราะกินเองไม่ได้ ถ่ายเสื้อผ้าให้ เดี่ยวฉี
เดี๋ยวถ่าย ต้องซักอีกแล้ว จะต้องล้าง ต้องยกทำคนเดียวหมด ทำอย่างนี้ทุกวัน
เหนื่อยมาก ไม่มีใครช่วย..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลรายที่หนึ่ง อายุ 63 ปี ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมารดาอายุ 104 ปีที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อมและกระดูกสะโพกหักซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพา และผู้ดูแลรายนี้ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีอายุ 65 ปีป่วยเป็นอัมพฤกษ์ ดังนั้นกิจกรรมการดูแลในแต่ละวันจึงเป็นเรื่องที่หนักดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ตอนเช้าก็ต้องอุ้มมายลงมา ดูแลเปลี่ยน แพมเพิสทำให้ เช็ดล้างอาบน้ำอาบ
ทำให้แล้วก็ลงมาดูล้างข้างล่างเทกระโถนให้ล้าง เตรียมน้ำให้ล้างอาบ พาไป
บ้นจักรยาน ระหว่างนี้ป้าก็ไปกวาดบ้านทำงานบ้านไปแล้วก็มาพาลูฯนั่งพัก
แล้วป้าก็ขึ้นมาทำงานบนบ้านมาทำกับข้าว หุงข้าวยกไปให้ลูฯทาน และเอายา
มาให้ยายคอยดูแลบ้อนให้มั่ง บางทีก็ให้ตักเองบ้างก็ดูแลให้เรียบร้อยทั้งลูฯทั้งยาย
ป้าก็จะได้กินข้าวเช้าของป้าประมาณ 11 โมง เพราะต้องซักผ้า เก็บสำรับกับข้าว
ให้เรียบร้อยก่อนทั้งของลูฯของยายแล้วก็ทำกับข้าวมื้อกลางวันเลยแล้วก็ให้ยายนอน
เล่นไป หาข้าวกลางวันให้ทั้ง 2 คน เก็บล้าง แล้วป้าก็ลงมา เย็บผ้าข้างล่างแล้วก็ต้อง
เที่ยวขึ้นไปดูยายว่าเป็นไบบ้าง ตอนบ่ายๆก็หาอะไรให้กินอีกแล้วตอนเย็นก็หาข้าวให้
กินแล้วก็อาบน้ำให้ แล้วก็อุ้มขึ้นบันไดที่ละชั้นไปบนที่นอน เนี่ย ! วันๆเหนื่อยสายน
ตัวแทบขาด..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... คือถ้าเรามีความทุกข์นะว่าวันนี้เราไม่สบายเราปวดหัว เราไม่สบายเราทำไม่ไหวเราก็บอกใครไม่ได้ เราก็ต้องทำยังไงเราก็ต้องทำ อย่างกลางคืนลุกเข้าห้องน้ำเองไม่ได้ ต้องหากระบอกกับกะบังลูกหนึ่ง ฉีเสิร์จก็ใส่กะบัง บางทีก็เลอะก็ต้องมาเช็ดล้าง ต้องทำทุกอย่าง ที่ว่าเป็นงานบ้านหรือจะดูแล ต้องทำทั้งนั้น.... ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

จากข้อมูลผู้ดูแลข้างต้นทั้งหมดจะเห็นได้ว่าการดูแลเรื่องเกี่ยวกับ อาหาร ความสะดวกร่างกาย การขับถ่าย รวมถึงการดูแลเรื่องงานบ้านนั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเหน็ดเหนื่อย ความลำบาก นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาจึงทำให้ไม่สามารถที่จะเคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในเรื่องการเคลื่อนย้าย รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุจากการที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวเองได้แต่ไม่อยู่ในภาวะปกติ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ให้นั่งอยู่ตรงไหนก็ตรงนั้นแหละ แต่บางที่แขนแก 2 ข้างยังพอมิแรงก็ต้องคอยระวังกลัวแกจะยึดอะไรแล้วไหนจะตกจะหล่นไปได้ ก็ต้องคอยดูแลตลอดเลย..... ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... แต่นี่จะว่าหนักก็หนัก ลำบากก็ลำบากนะ เพราะต้องอุ้มแกขึ้นลงทุกวัน ยกเว้นวันที่ฝนตกนั้นแหละ ยังดีมีลูกชายคอยช่วยกระตุ้ม ช่วยดันก็ผ่อนแรงหน่อย..... ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“..... ก็ตื่นขึ้นมาก็ดิ้ง แกทั้งที่นอนออกมาข้างนอกนี่ เพราะข้างในมันร้อนอยู่ไม่ได้ ออกมาข้างนอกก็มาล้างตัวเช็ดตัวกันได้ถนัดหน่อย ตอนดึ้นนี่จะฉันทเองก็ยกหลังเลยแหละ เรายเองก็อายุมากแล้ว ก็ต้องดิ้งเข้า ดิ้งออกทุกวันไม่มีใครช่วย..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า การดูแลช่วยเหลือในเรื่องการเคลื่อนย้ายนั้นมีผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากและบางรายก่อให้เกิดผลเสียกับสุขภาพ เช่น มีอาการปวดหลัง นอกจากนี้พบว่าความเครียดจากการดูแลอาจรวมถึงการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้สูงอายุในการสื่อสาร รวมถึงในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุหว่าดระแวง ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ก็มีเรารู้คนเดียว ใครไปใครมาเราต้องคอยเป็นล่ามให้ จะทำอย่างไรได้... ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“..... แล้วบางที่ฝนตกฟ้าร้อง ฟ้าแลบแกก็ร้องกลัว เราก็ต้องหาผ้ามาคลุมให้ แล้วคอยบอกว่า ไม่มีอะไร ๆ บางทีเราก็รำคาญ..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 5 รายพบว่า ทุกรายมีความเครียดจากการดูแลโดยตรง

2. ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน การที่ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเป็นปัญหาในการขาดผู้ช่วยเหลือในการดูแล ขาดเวลาเป็นส่วนตัว ขาดผู้รับฟังปัญหาในการดูแล ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อย่าว่า แต่พักผ่อนเลย มันไม่เคยว่างไม่ได้หยุดเลย ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“.....บางที่เราดูแลเราไม่ได้หลับได้นอนเลยนะ บางที่เรากลัวเขาจะเป็นอะไร แล้วไปเสียบๆต้องคอยเรียก หรือคอยดูเขาว่าหายใจไหมอะไรไหม

บางคืนเราไม่ได้นอนเลย..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

โดยเฉพาะผู้ดูแลในบางรายที่ตนเองมีปัญหาสุขภาพและต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจึงรู้สึกว่าเป็นปัญหามากในการขาดผู้ช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแล ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“.....ไม่รู้จะพูดยังไง มันก็ลำบาก คือถ้าเราแข็งแรงมันก็ไม่เท่าไรหรืออก

บางที่เราก็แย บางที่เป็นไข้เป็นอะไร พักไม่ได้เลย ไม่ได้นอนไม่ได้พัก

เจ็บป่วยก็ต้องลุกมาทำ อย่างกลางคืนลุกเข้าห้องน้ำเองไม่ได้

ต้องหากะบอกกับกะบังลูกหนึ่ง ฉี่เสร็จก็เทใส่กะป๋อง บางทีก็เลอะก็ต้องมาเช็ดล้าง

ต้องทำทุกอย่าง ที่ว่าเป็นงานบ้านหรือจะดูแลต้องทำทั้งนั้น

เวลาเราเจ็บป่วยเนี่ย มันท้อ ไม่รู้จะให้ใครมาทำแทน.... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... ขนาดไปผ่ามือออก มียังพันผ้าอยู่ ก็ต้องมาหุงหาให้กิน มาทำงานบ้านมาทำทุกอย่างเหมือนเดิม เหมือนไม่เป็นอะไรงั้นละ แล้วยังตอนไปผ่าคอ ก็ยกย้ายยกไปยกมา

เลยมีปัญหากระดูกแถวคอ หมอให้ผ่า กลับจากโรงพยาบาลมาคอ ยังใส่คออยู่ออยู่

ก็ต้องมาทำงานบ้านอยู่เหมือนเดิมถึงบ้านก็เหมือนเดิม ไม่มีอะไรที่ว่าไม่สบายนะ

พักหน่อยนะ ไม่มี..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

จากการที่เป็นผู้ดูแลที่ต้องคอยทำกิจกรรมการดูแลต่างๆให้ผู้สูงอายุโดยขาดผู้ช่วยเหลือนั้นทำให้ผู้ดูแลบางรายมีปัญหาสุขภาพทรุดโทรมลง ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ถ้าเราแก่กว่านี้ขึ้นเรื่อยๆ มันจะไม่ไหว โรคฉันก็ปวดหลังยกหลังนั้นแหละที่เป็นก็กินยาแก้ยกไป ก็ดีขึ้นมั่ง..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“..... ตอนนั้นที่ว่าเป็นบ่อยทำให้ไม่ค่อยได้นอนเลย แล้วกลางวันเราต้อง

ทำงานบางครั้งง่วงนอน สุขภาพก็โทรมเลยเหมือนกัน.... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

จากข้อมูลพบว่าผู้ดูแลที่ขาดผู้ช่วยเหลื่อ หรือผู้มาผลัดเปลี่ยนในการดูแลนั้นจะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง สุขภาพทรุดโทรมลง และไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง โดยเฉพาะในรายที่

ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวอยู่จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น และในด้านของการขาดผู้รับฟังปัญหา เมื่อผู้ดูแลมีอาการไม่คงที่ก็จะส่งผลกับผู้ดูแลเช่นกัน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... คือถ้าเรามีความทุกข์นะว่าวันนี้เราไม่สบายเราปวดหัว
เราไม่สบายเราทำไม่ไหว เราก็บอกใครไม่ได้ เราก็ต้องทำยังไงเราก็ต้องทำ
บางทีก็เหนื่อย บางทีก็เหงา ว่ามาอยู่ต่างที่ต่างถิ่น ช่างไม่มีพี่น้อง
เราเลยหนอ ไม่มีใครเห็นใจ หรือคนมาเข้าใจเราเลย จริงๆนะ..... (ร้องไห้)”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่สัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในรายที่ 1 นั้นจะมีผลกระทบจากการขาดแหล่งสนับสนุนมากกว่าผู้ให้ข้อมูลรายอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในรายที่ 1 มีคะแนนความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุนอยู่ในระดับ ยากลำบากหรือเป็นปัญหามากที่สุดทุกข้อในด้านนี้

3. ความเครียดจากความวิตกกังวล การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกถึงความเป็นปัญหาจากความรู้สึกกังวลใจของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การดูแล ซึ่งอาจเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคต กังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หรือบางรายไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าอะไรคือสาเหตุของความกังวลนั้น ซึ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความกังวลนั้นถือเป็นสิ่งคุกคาม ซึ่งจะทำให้ความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจเสียไป สิ่งคุกคามนั้นอาจเป็นการคาดคะเน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ก็คิดกลัวใจ กังวล ว่าพ่อมันป่วย ไม่หาย เรื่องอาการเขาแล้ว
กลัวว่าไม่มีอะไรหลายอย่าง บางทีนี่ก็ไปว่าถ้าเราตายไปจะทำอย่างไร
แกจะอยู่ยังไงได้ จะอยู่กับลูกคนไหนได้ คิดจนปวดหัว
นอนไม่หลับ เพราะคิดไป ปวดมั่วหัว ปวดต้นคอ (ร้องไห้)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)
“..... ป้าก็กลัวว่าเกิดายเป็นอะไรไปจะเอาเงินที่ไหนมาทำศพ
แล้วกลัวว่ายายจะเป็นมากกว่านี้..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)
“..... ถ้าเราเกิดป่วยป่วยอะไรก่อนแกแล้วใครจะดูแลได้ ลูกก็อยู่ไกลๆกันทั้งนั้น
คิดว่า แกจะเดินได้บ้างไหมอะไรไหม แต่ดูแลแล้วมีแต่จะถอยลงไปเรื่อยๆ
ก็ทนกันไป ไม่รู้จะต้องทนกันอีกนานแค่ไหน..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)
“..... กลัวว่าเราจะเป็นอะไรก่อนเขา ไม่ได้ เป็นก่อนเขาไม่ได้ กลัวไม่มีใครเอาเขาได้
เพราะเขาซี้หูตึงหูหนวก อยู่กับลูกก็คงไม่ได้ ไม่เข้าใจกันแน่..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

จากข้อมูลพบว่าเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความกังวลจากการคาดคะเนของผู้ดูแล นอกจากนี้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ผู้สูงอายุทุกวันมีผลทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรมลง ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและอนาคตของผู้ดูแลเอง ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... อย่างเราเลี้ยงลูก เรายังรู้ว่าปี 2 ปี ก็ยังพัน เด็กไปโรงเรียนเราก็สบายแล้วยังไงเราไม่มีกำหนด เมื่อไหร่ไม่รู้ เราก็แย้ไปทุกวันทุกวัน ไม่มีความหวังว่าเออ เดือนนั้น ปีนั้น เราจะสบาย ไม่มี(ร้องไห้)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... ก็คิดว่าถ้าเราเป็นอะไรไป จะมีใครมารับช่วงต่อเรา แกจะอยู่ยังไง เพราะน้องๆก็มีครอบครัวกันหมด ก็ภาวนาอย่าให้เราเป็นอะไรก่อนแก ละกัน บางทีก็คิดว่าจะเป็นอย่างนี้อีกนานไหมเราจะเป็นอย่างไรถ้าเป็นอย่างนี้เรื่อยๆ..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“..... เราจะดูแลอย่างนี้ตลอดจะไหวไหม เราจะดูแลแม่ไหม คือกลัวจะหมดความอดทน.... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังบางครั้งจะมีภาวะทางอารมณ์ที่ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย เนื่องจากความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ดูแลบางรายจะมีความกังวลเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุมาก ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... บางทีเรายังคิดว่าพุงนี้แม่จะเป็นไง จะดีหรือจะด่าเหี้ย..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

บางรายผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัดซึ่งมักเกิดความกังวลในการจัดให้ผู้สูงอายุไปพักอยู่ที่อื่นชั่วคราว ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ลำบากนี่ก็คือว่าแกไม่เอาใครอย่างเราจะไปต่างจังหวัด ไปธุระจะให้ไปอยู่บ้านพี่ชาย แกจะไม่ไปเลย บางทีเราก็คิดกังวลว่านี่ขนาดแกเป็นอย่างนี้ แกยังทำให้เราเป็นกันอย่างนี้เหนื่อยใจกันทั้งบ้าน แล้วถ้า แกเป็นมากกว่านี้แกจะไม่ออกฤทธิ์กว่านี้หรือ ใครไม่เคยเลี้ยงคนแกนี่จะไม่รู้เลยนะว่าจะยากใจ ยากกายขนาดไหน..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

การได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพนั้นบางรายเกิดความกังวลในประเด็นเกี่ยวกับการที่ผู้ดูแลจะไม่สามารถทำตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพได้ดีพอ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... เขาก็ดี มาคุย มาแนะนำอะไร เราก็จะทำให้ดีแหละ แต่ใจหนึ่งก็กลัวจะทำได้ไม่เท่าที่เขาบอก เพราะเราก็ไม่กล้าถามเขา เกรงใจอุตสาหกรรม.... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

4. ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท จากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น เป็นการเพิ่มบทบาทกับผู้ดูแลจากบทบาทเดิมที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทตลอดเวลาเพื่อให้มีความเหมาะสม หรือ แข่งขันกับเวลาที่มีอยู่จำกัดในแต่ละวัน จึงอาจทำให้บทบาทในด้านอื่นถูกรบกวน ได้แก่ การทำงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมต่างๆ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“.....จะไปหารับจ้างเขาทำงานตัดอ้อย ดำนามังก็ไปไม่ได้

ก็มาอยู่อย่างนี้ หมดหนทาง ‘ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรได้.....’ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“..... เรื่องทำมาหากินอย่างเราเป็นผู้ชาย แต่มาอยู่บ้านเนี่ยก็ดูจะยังไม่รู้ไม่ค่อยชอบ เมื่อก่อนไม่เคยว่างเลยนะออกไปทำงานกลับมาตีค้ำทุกวัน ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“.....เมื่อก่อนป่าก็ไม่หนักไม่เหนียวอย่างทุกวันนี้ ก็ทำมาหากินกันไป

ป่าก็ดูแลบ้านช่อง ก็ทำแบบธรรมดา บางทีก็ออกไปรับจ้างเขามังอะไรไป

แต่มาเนี่ยไปทำงานอะไรไม่ได้เลย..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

จากข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่จะไม่ได้มีโอกาสออกไปทำงานนอกบ้านเช่นเคย เพราะเวลาโดยส่วนใหญ่ถูกใช้ไปในการให้การดูแล บางรายจึงรู้สึกถึงความจำเป็นปัญหาเมื่อไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้าน และบางรายรู้สึกว่าเวลาที่เคยมีให้กับเพื่อนนั้นลดลง นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องการไปทำบุญที่ถูกรบกวนจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“.....เรามีเพื่อนมีอะไร บางทีงานศพงานอะไรเราจะไปสนุยก้ม

ก็ต้องคอยดูให้แกหลับก่อนถึงไปได้ ไม่งั้นแกก็ลุกมาบ่น

มันเลยเหมือนเราไม่ค่อยไปสมาคมใครเลยช่วงนี้..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“.....ก็เวลาที่บ้านอื่นเขามีนงานบุญ งานบวช หรืองานบุญใหญ่ พระเข้าพรรษาเนี่ย

จะไม่ได้ไปมาตั้งแต่แกป่วยนั้นแหละ ที่จะได้ไปก็งานบุญใกล้ๆเขามาบอก

ก็รีบๆไปใส่บาตรแล้วก็รีบกลับมาบางทีไม่ได้ฟังพระสวดได้เขาก็ต้องรีบกลับมา

เดี่ยวแกจะอารมณ์ไม่ดีจะโมโห ดูเรา..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายยังรู้สึกถึงความจำเป็นปัญหาในด้าน การให้การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในบ้านถูกรบกวน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“.....ไหนจะคนป่วย ไหนจะหลานที่กำลังกินกำลังนอนอีก ต้องคอยดูไปหมด

ก็ดูกันตามมีตามเกิดนี่แหละ ไม่รู้จะทำไงไหนจะหลานไหนจะคนเจ็บ

วัน วัน ทำอะไรสารพัด..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

5. **ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย** ปัญหาหรือภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายนั้นมีผลกับการให้การดูแล เพราะผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ได้มากกว่า ปัญหาที่เกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายที่พบจากการสัมภาษณ์ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... เงินทองก็ไม่พอใช้ ต้องมาทำงานต้องมาเย็บผ้าประทังไป ถ้าคอยแต่เงินเดือนลงอย่างเดียวไม่พอ ต้องใช้ทุกอย่าง เกลือเม็ดนึ่งก็ต้องซื้อ ต้องซื้อทุกอย่าง ข้าวก็ต้องซื้อกิน ทุกอย่างในเงินก้อนเดียวนั้นแหละ เจ็บป่วยถ้าไม่ได้นอนโรงพยาบาล เราก็ต้องจ่ายเงินก่อน ไม่มีต้องไปกู้ไปยืมเขามา.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“.....ถ้าเลี้ยงเฉพาะข้าวอย่างเดียวให้กินข้าวอย่างเดียวเราก็เลี้ยงได้ แล้วเวลาเจ็บป่วย แล้วอย่างอื่นอีก มันไม่รู้จะบรรยายยังไงเลย

กลางวันวันละ10กว่าบาท ขนมห่อนละ5บาท 2 ก้อน แล้วน้ำแข็งอีก น้ำหวานอีก อย่างนี้ทุกวัน คือ มัน มันเป็นเงินทั้งนั้น

มันเป็นเงินที่ว่าจะต้องรับเลี้ยงหมด เราต้องทำหมด มันบอกไม่ถูก...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... เรื่องหนี้สินบ้างอะไรบ้าง ก็กู้เขามาซื้อ กลุ้ม หาคคนเดียว ไม่ทันใช้ ต้องเสียค่าน้ำค่าไฟด้วย..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ผู้ดูแลบางรายเคยมีรายได้จากการออกไปทำงานนอกบ้าน แต่เมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงไม่สามารถไปทำงานได้ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ก็มาอยู่อย่างนี้ หมดหนทาง ไม่รู้จะทำอย่างไรได้จะไปหารับจ้างเขาทำงาน ตัดอ้อย ดำนา มั่งก็ไปไม่ได้ บางทีก็คิดว่า ไม่น่าเป็นอย่างนี้เลยหน้อ ชีวิต ถ้าหากมีเงินกว่านี้ ก็อาจจะมีการรักษาสูงได้มากกว่านี้ นี่ก็ไม่มีเงินอะไรจะรักษา.... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“..... งานรับจ้างเขาเราก็ต้องยังทำ รับงานตุ้มมาขัดมั่งอะไรมั่งไปจะได้พอมีค่ากับข้าว หรือ จะไว้ซื้อนมซื้ออะไรให้แกกินมั่ง แต่ถ้าไม่มีงานก็ไม่ได้ซื้อให้แกกินเลย.... ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“..... ตั้งค์ก็ไม่มีบางที่ต้องไปยืมเขาพาแกไปหาหมอ ใ้เราไม่ได้มีเงินมีอะไร

จะได้จ้างคนมาช่วยทำอะไร มันเลยยากไปหมดแบบนี้แหละ.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

6. **ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง** เป็นความรู้สึกรู้สึกถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งทีหวังไว้ในกาให้การดูแลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เช่น บางครั้งผู้ดูแลคาดหวังว่ากิจกรรมบางอย่างผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติได้เอง แต่เมื่อไม่เป็นไปตามที่

คาดไว้ผู้ดูแลจะรู้สึกเป็นปัญหา หรือ ในการทำกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้เกิดความลำบากใจ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... แต่บางครั้งก็ไม่รู้เรื่อง บทจะถ่ายจะปัสสาวะก็ไม่รู้เรื่องอีกแล้ว

ต้องมาล้างมาเช็ดกันอีก ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“.....ก็บางที่แกเหมือนหาเรื่องให้เรา บางทีของวางอยู่เฉยๆ

แกเอ้อมถึงแต่แกไม่เอ้อม ก็หาเรื่องให้เราเอาให้ตลอด..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ในการทำกิจกรรมการดูแลบางอย่างที่ผู้ดูแล หรือ ผู้สูงอายุรู้สึกลำบากใจที่จะทำ โดยเฉพาะในเพศที่ตรงข้ามกัน เช่น บุตรสาว หรือ บุตรชาย ต้องให้การดูแลบิดา มารดา ในเรื่องการอาบน้ำ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... อย่างน้องชายถ้ามาจะช่วยจับแกอาบน้ำเช็ดตัวให้เพราะบางที่เราเป็นผู้หญิง

ก็ไม่ค่อยสะดวกใจนัก.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“..... บางที่ ผมก็ให้แฟนผมเขาอาบน้ำให้แม่ ก็เรากลัวแกจะอาย...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

7. ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม การให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นเรื่องที่ทำให้ชีวิตตนเองยากลำบากมากขึ้น เพราะ การเป็นผู้ดูแลนั้นเวลาโดยส่วนใหญ่ของผู้ดูแลจะถูกใช้ไปกับกิจกรรมการดูแลต่างๆ ที่ทำให้กับผู้สูงอายุตลอดทั้งวันซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่มีเวลาในการพักผ่อนซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์กับผู้ดูแลได้ เช่น เกิดขัดใจกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังนี้

“.....บางที่เราก็ดูก็ว่า แกมั่งว่า เราทำได้เท่านี้แหละบางที่เราก็อ้อใจก็ให้กิน

เต็มที่แล้ว ขนาดคนอื่นไม่มีใครได้อย่างนี้ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... รำคาญ บางที่เราก็ดูแกเสียงดังขึ้นมาเหมือนกัน.... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“..... ก็เหมือนกับว่าทำไมแม่เป็นอย่างนี้ ทำไมจะเอาแต่ใจตัวเองอยู่ได้ คือไม่เข้าใจ แก

บางที่แกว่าจะเอาสมบัติคืน เรายังบอกแกว่าจะให้จะคืนกันวันละก็รอบแม่

แกก็เงยบ จริงๆแกก็รู้ทุกอย่างแหละ เราถึงต้องอึดอึดใจในบางที่..... ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะรับรู้หรือรู้สึกถึงความเป็นปัญหาว่าในการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นการเพิ่มความยากลำบากให้กับชีวิตตนเอง ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... ก็เหนื่อยยาก คิดว่าชีวิตทำไมต้องมายากลำบาก เคยนอนร้องไห้ น้อยใจ

ทำไมต้องเป็นเรา หนักใจ ไม่รู้จะทำอะไรได้..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ มันก็ยากใจ ยากกาย คิดๆว่าทำไมต้องมาเป็นอย่างนี้ด้วย

เราทำกรรมอะไรไว้ บางทีก็ปลงถือว่าใช้กรรมเก่ากันไป ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)
 “... ถ้าแกอารมณ์เสียก็ด่าแหลกอย่างว่าแหละ ทวงบุญคุณเป็นที่หนึ่ง
 จะเอาสมบัติคืน อย่างที่เล่าแหละ ก็อย่างว่าแกคงจะปวดจะเมื่อยอะไรของแก เลย
 อารมณ์ไม่ดี ใครไม่เคยเลี้ยงคนแก่นี่จะไม่รู้เลยนะว่าจะยากใจ ยากกายขนาดไหน ”
 (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

8. ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นบางครั้ง
 อาจมีความรู้สึกถึงความเป็นปัญหาว่า ถูกผู้สูงอายุเรียกร้องการดูแลมากเกินไปจนความเป็นจริง หรือ
 ถูกผู้สูงอายุบงการให้ทำตามผู้สูงอายุต้องการ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“.... แต่บางทีแกไม่ทำอะไรอย่างนั้น ไม่รู้แกจะให้เราทำอะไร จะให้หลานทำให้
 บางทีชอบสั่งนั่นสั่งนี่ ถ้าเราอารมณ์ดีๆ ก็พอทำเนา แต่บางทีมันเหมือนเครียดๆ
 ก็น่าเบื่อ.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“.... ก็ดูเราไม่ได้อย่างใจเขา อย่างบางทีเราไปไหนไม่ได้บอกแกก็จะด่าว่าเรา
 ก็คนเขาหงุดหงิด อะไรไม่ได้อย่างใจ แกก็จะเสียงดัง ดุขึ้นมา

เอาอะไรต้องให้ได้อย่างใจ ต้องเร็วๆ เขาจะหงุดหงิดง่าย ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

หรือบางเหตุการณ์ผู้ดูแลรู้สึกว่าถูกผู้สูงอายุเรียกร้องการดูแลเกินจริง ดังข้อมูลต่อไปนี้

“..... เครียด บางทีเราทำงานมาเหนื่อยๆแกก็หาเรื่องฉีรดมั่ง ถ้ายรดบ้าง
 ทั้งที่จริงๆแกก็ไม่ถึงขนาดนั้น เลยเหมือนหางานให้เราทำต่อ
 ผ้าต้องซักตลอด.... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

9. ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลว่าการที่ตนเองรับ
 บทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ นั้นเหมือนเป็นข้อผูกมัด เป็นพันธะที่ต้องดูแล และ การให้การดูแลผู้สูงอายุ
 อยู่ตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าขาดอิสระในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือรู้สึกว่าตนถูกจำกัด
 บริเวณ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“..... มันเหมือนติดคุก ติดคุกยังมีวันออกนะ ว่าเอออีกก็เดือนอีกก็ปี
 มีความหวังว่าเราจะได้ออก แต่อันนี้เราไม่รู้ว่าจะเมื่อไหร่ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“.....เวลาจะไปไหนก็ไปไม่สะดวกต้องมีคนมาผลัด ไม่อิสระ ต้องบอกเขาไว้แต่
 เนินๆจะไปไหนไปไหนต้องบอกลูกไม่เงินไปไม่ได้..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ผู้ดูแลบางรายรู้สึกว่าทุกอย่างเหมือนเป็นข้อผูกมัด หรือ ตนเองตกอยู่ในตำแหน่งที่ต้องเป็น
 ผู้ดูแลซึ่งความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์

“.....ตัวป่าเป็นลูกก็ต้องดูแลแม่ แล้วก็ย้ายอยู่กับป่าตลอดตั้งแต่ป่าอายุ 15-16

ตลอดเลย แล้วคือ ถ้าพี่ชายคนนี้เค้าเอายายไป ยายก็คงไป แต่เค้าไม่เอา เค้ามี
ปัญหาทางครอบครัว.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... อาจเป็นเพราะเราเป็นผู้หญิงแล้วก็ไม่มีความรับผิดชอบไม่ได้แต่งงาน
พี่น้องคนอื่นเขาแต่งงานกันหมด..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“..... ก็ไม่มีใคร ก็สงสารเขา เราเป็นเมีย ตอนเขาดีๆ เขาก็ดูแลเรา
ก็ต้องดูกันไปหยิ่งนี้แหละ..... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ยาก และ ถ้าหากผู้สูงอายุต้องการการ
ดูแลที่มากขึ้นนั้นผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...ถ้าพูดกันว่าลำบาก ก็ลำบากแหละ เพราะยังไงก็ต้องดูแลกันตลอดอยู่แล้ว.... ”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“..... ถ้าขนาดนี้ก็ยังไม่พอจะช่วยให้ แล้วกลัวว่าเราจะแย่งแทนนั้น ถ้าลูกๆไม่ได้ขึ้นมา
บ่าก็แย่งคนเดียวจะยกยังไงไหวทุกวันก็แทบจะไม่ไหวแล้ว ถ้าเกิดแย่งไปกว่านั้น
ก็อาจจะมีการออกกันนั้นแหละ ตายกันให้หมดเลย ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ กลัวเป็นมากกว่านี้ ถ้าขนาดนี้ก็ยังไม่ไหว แต่ถ้ามากกว่านี้ก็ต้องทำอยู่ดีแหละ ”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

การสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในกลุ่มที่มี
ระดับความเครียดในบทบาทสูงทั้ง 5 ราย ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย นั้นพบว่า มีประเด็น
หลักสอดคล้องกันกับองค์ประกอบของความเครียดทั้ง 9 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของ Archbold และ
คณะ(1990) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้นมาจากกลุ่มผู้ดูแลที่มีระดับความเครียดในบทบาทสูง
ดังนั้น จึงพบว่าเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์จึงแสดงถึงความยากลำบาก และ ความรู้สึกเป็นปัญหา
มากในการให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในภาพรวมจากประชากรทั้ง 100 ราย
พบว่า ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัด
สุโขทัย นั้นอยู่ในระดับเล็กน้อย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และเปรียบเทียบความเครียดในบทบาท ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม และเพื่อศึกษาความเครียดในบทบาทจากมุมมอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในกลุ่มที่มีความเครียดในบทบาทสูง กลุ่มประชากรในการวิจัยนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย และอยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของแผนกการรักษายาบาลหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลสุโขทัยทั้งหมด 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1: ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ศาสนา อาชีพ และลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 แบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อผู้วิจัยสร้างโดยศึกษารอบแนวคิดของ Archbold และ Stewart (1986,1993) ร่วมกับแนวคิดของ Kespichayawattana (1999)

ชุดที่ 2 : แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 69 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Archbold และคณะ(1990) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยแบบวัดความเครียดทั้ง 9 ด้าน

ชุดที่ 3 : แนวคำถาม (Interview Guideline) ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content Validity) โดยนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ และความชัดเจนของภาษา ตลอดจนข้อเสนอแนะ โดยถือเกณฑ์ของความเห็นที่ตรงกัน 4 ใน 5 ท่านของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำแบบวัดชุดที่ 1 ตอนที่ 2 และชุดที่ 2 มาทดสอบค่าความเที่ยงโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของ

แบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ .85 และแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามเครื่องมือชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ด้วยตนเอง ทั้ง 100 ราย และนำข้อมูลทั้ง 100 รายมาวิเคราะห์หาค่าคะแนนรวมของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และพิจารณาเลือกผู้ดูแลที่มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 5 อันดับแรก ทำการติดต่อขออนุญาตทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 9.0 (Statistical Package for the Social Science) คำนวณหาค่าความถี่(Frequency) ค่าร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) การเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับตัวแปรเพศใช้สถิติ t-test และใช้สถิติ ANOVA ในการเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ สรุปประเด็นสำคัญ

สมมติฐานการวิจัย คือ

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่เป็นเพศหญิงจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีอายุน้อยจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลน้อยจะมีระดับของความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลมาก
6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพด้วยจำนวนที่มากกว่าจะมีระดับความเครียดในบทบาทน้อยกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมด้วยจำนวนที่น้อยครั้ง

สรุปผลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา พบว่า ร้อยละ 67 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 38 – 53 ปี มีจำนวนร้อยละ 59 และมีระดับการศึกษาตั้งแต่ ไม่ได้รับการศึกษา จนถึง ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งหมดมีเป็นจำนวนร้อยละ 54 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,500 บาท ถึง 5,000 บาท มีเป็นจำนวนร้อยละ 52 ประชากรที่ศึกษาประเมินรายได้ของตนเองว่าพอใช้และมีเหลือเก็บมากถึงร้อยละ 53

2. วิเคราะห์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่า ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับ ยากลำบาก หรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 2.12$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและมีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับ ยากลำบากหรือเป็นปัญหปานกลาง ($\bar{x} = 2.84$) รองลงมาได้แก่ ด้านความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่มซึ่งมีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับยากลำบาก หรือ เป็นปัญหปานกลาง ($\bar{x} = 2.61$) และ ด้านความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุนมีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับยากลำบาก หรือ เป็นปัญหปานกลางเช่นกัน ($\bar{x} = 2.51$) ส่วนอีก 6 ด้านคือ ด้านความเครียดจากความวิตกกังวล ($\bar{x} = 2.45$) ด้านความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย ($\bar{x} = 2.10$) ด้านความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{x} = 2.00$) ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง ($\bar{x} = 1.91$) ด้านความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง ($\bar{x} = 1.90$) และด้านความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุม ($\bar{x} = 1.87$) มีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย

3. วิเคราะห์ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{x} = 2.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 2.98$) รองลงมาได้แก่ การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสถานบริการทางสุขภาพ การจัดการหากอาการของผู้สูงอายุทรุดลง และการเลือกพาผู้สูงอายุไปรับบริการทางสุขภาพ ($\bar{x} = 2.95$ 2.83 และ 2.58 ตามลำดับ) ส่วนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.89$)

4. วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพ ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

4.1 เพศชาย และ เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า เพศหญิงจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย

4.2 อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลที่ศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีอายุน้อยจะมีระดับความเครียดในบทบาท มากกว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

4.3 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง

4.4 ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ LSD พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้บ้างไม่พอใช้บ้าง และผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้ จะมีระดับความเครียดในบทบาท มากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้

4.5 ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความพร้อมทั้ง 5 กลุ่มมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อมเลย มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับเล็กน้อย และผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับปานกลางรวมถึงผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลน้อย จะมีระดับของความเครียดในบทบาท มากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลมาก

4.6 จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม พบว่า กลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมด้วยจำนวนครั้งที่ต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบ

เทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 3 ครั้ง(ใน 3 เดือน) มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 2 ครั้ง(ใน 3 เดือน) และผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง(ใน 3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพด้วยจำนวนที่มากกว่า จะมีระดับความเครียดในบทบาทน้อยกว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมด้วยจำนวนที่น้อยครั้ง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

ผลการศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 2.12$) แสดงถึงว่า ในครอบครัวเมื่อมีบุคคลที่เจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะพึ่งพาคนในครอบครัวจำเป็นในการให้การช่วยเหลือดูแล สอดคล้องกับแนวความคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (1991) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงยอมรับในการทำกิจกรรมการดูแลต่างๆที่เกิดขึ้นในแต่ละวันแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้เป็นบุตรร้อยละ 79 ซึ่งอธิบายได้ว่า ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ถือเป็นค่านิยมเรื่องการตอบแทนบุญคุณบุพการี มีความกตัญญู ด้วยการเลี้ยงดูเมื่อยามชรา และการเคารพ ผู้อาวุโส รวมถึงความเชื่อเรื่องเวรกรรม บาปบุญ ของคนไทย (Kespichayawattana, 1999; ศิริพันธ์ สาสัตย์, Bryar และ Newnes, 2543; วรรณนิภา บุญระยอง, 2543) และจากข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในการดูแลมีผู้ช่วยเหลือซึ่งเป็นคนในบ้านถึงร้อยละ 76 ทั้งนี้ เนื่องจากประชากรที่ศึกษามีภูมิลำเนาอยู่ในส่วนของภูมิภาคตั้งนั้นในลักษณะของครอบครัวที่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งในแต่ละครัวเรือนอยู่กันหลายคนดังนั้นจึงมีผู้ผลัดเปลี่ยนช่วยเหลือในการดูแล ส่งผลให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของคมสัน แก้วระยะ (2540) ที่ศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ศึกษาประชากรผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยเรื้อรังมารับการตรวจที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และพบว่ากลุ่มผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทค่อนข้างสูง

โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสุดา เทพศิริ (2540) ศึกษาประชากรผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยเรื้อรังมารับ การตรวจที่สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งพบว่า ระดับความเครียดใน บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ก่อนการใช้ตัวแบบอยู่ในระดับปานกลาง อีกประเด็น จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75 มีระดับการพึ่งพาน้อย(ADL= 9 -12 คะแนน) จึงทำให้ระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับยากลำบากและเป็นปัญหา เล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ คมสัน แก้วระยะ(2540)ที่พบว่าความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบ กับ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ สอดคล้องกับงานวิจัยของเฟื่องลดา เคนชัยวงศ์ (2539) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ของระดับการ พึ่งพาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลของผู้ดูแล

เมื่อพิจารณา ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เป็นรายด้าน สามารถอภิปรายแต่ละด้านโดยเรียงจากระดับความเครียดในบทบาทจากมากไปน้อยดังนี้

1.1 ด้านความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล พบว่า ความเครียดในด้านนี้ อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง($\bar{x} = 2.84$)และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของความเครียด ในบทบาททั้ง 9 ด้าน จากการที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งต้องทำหน้าที่หลัก ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องจึงทำให้รู้สึกว่าคุณเองถูกจำกัด อิสรภาพ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังนี้

“ เราอยู่ดูแลตลอดอย่างนี้ ทำให้เราเหมือนติดคุก ติดคุกยังดีเพราะรู้ว่าจะได้ ออก เมื่อไหร่ แต่นี่เราไม่รู้เลย ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ จะไปไหนก็ไปไม่สะดวกเพราะต้องคอยมีคนมาลัด ไม่อิสระ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแลในข้อที่เกี่ยวกับผู้ดูแล รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ยาก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด($\bar{x} = 3.16$)ซึ่งผู้สูงอายุที่ศึกษา ในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันมาก จึงจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องคอยให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อทดแทนความสามารถของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยทำอยู่จัดเป็นงานที่หนักและยากในการกระทำ เพราะเวลาในแต่ละวันต้องหมดไปกับการให้การดูแลซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

1.2 ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม พบว่า อยู่ในระดับยากลำบากหรือ เป็นปัญหาปานกลาง ($\bar{x} = 2.61$) และมีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่าความเครียด จากการได้รับแรงกดดันเพิ่มนั้น เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลถึงความเป็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ว่าบางเหตุการณ์ทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่ดีกับผู้ดูแลเช่น มีการขัดใจกัน ทะเลาะกัน ระวังให้การดูแล ทำให้มีความสนิทสนมลดลง หรือรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นความเพิ่มความลำบาก ให้แก่ชีวิต จากที่กล่าวมานั้นพบว่าความเครียดในด้านนี้เกี่ยวกับการใช้อารมณ์ของผู้ดูแลในการ

ประเมินสถานการณ์ในการดูแล ซึ่งการศึกษาของ Lee, Brennan และ Daly (2001) พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ใช้อารมณในการประเมินสถานการณ์ในระดับสูงนั้น ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าคุณค่ามากกว่ากลุ่มที่ใช้อารมณ์ประเมินในระดับต่ำทำให้มีความเครียดมาก

1.3 ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน พบว่า ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง ($\bar{x} = 2.51$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชากรที่ศึกษามีผู้ที่อยู่ในครัวเรือนให้การช่วยเหลือในการดูแลอยู่ถึงร้อยละ 76 ซึ่งพบว่า การสนับสนุนหรือการช่วยเหลือกันภายในครอบครัวนั้นสามารถช่วยลดความเครียดลงได้ (Bull, Jervis and Ma, 1995; Wallhagen, 1992; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536) เพราะสมาชิกภายในครอบครัวจัดเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติของบุคคล (Pender, 1996) จากการศึกษาของ Dunkel – Schtter (1984) พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดบุคคลมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหน้าที่หลักของครอบครัว ที่ว่า ครอบครัวมีหน้าที่ในการให้ความรักและความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย Friedman (1986) แม้การศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัวถึงร้อยละ 76 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดูในรายละเอียดว่าช่วยเหลือมากน้อย และ เพียงพอหรือไม่ตามความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง

1.4 ความเครียดจากความวิตกกังวล พบว่า ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 2.45$) ความเครียดจากความวิตกกังวลนั้น บางคนอาจไม่สามารถบอกได้อย่างเจาะจงว่าจะอะไรคือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความกังวลนั้นๆ ซึ่งความวิตกกังวลนี้ สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522 อ้างในวารสาร ยศทวิ, 2540) ได้กล่าวว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิดความกังวลนั้นคือสิ่งคุกคามซึ่งจะคุกคามสวัสดิภาพ และความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ อันจะก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวล สิ่งคุกคามนั้นจะเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้ และความกังวลทั้งสองอย่างก็มีผลต่อจิตใจและอารมณ์ คือทำให้รู้สึกหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ หรือรู้สึกถึงความไม่ปัญหานั่นเอง ถ้าหากจะมองในมุมมองที่กล่าวมาแล้วนั้น พบว่า การที่ต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น จัดว่าเป็นสิ่งคุกคามซึ่งเป็นความจริงที่เกิดขึ้นหรือสิ่งคุกคามนั้นอาจเพียงการคาดคะเน

จากการที่ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่ปัญหาลาหลายๆ อย่างในความกังวลใจกับเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่จริงหรือกับสิ่งที่คาดคะเนไว้ล่วงหน้านั้นจัดว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดจากความกังวลเกิดขึ้น ซึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดนั้นปานนั้น บุญหลง (2528) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ที่ใกล้ชิดสนิท

สนมกันได้ และผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและภรรยาหรือบุคคลภายในบ้านที่ถือว่ามีความสนิทสนมกันใกล้ชิดกันดังนั้นความเครียดจากความวิตกกังวลน่าจะอยู่ในระดับที่สูง แต่จากการศึกษาของจุฑาทิพย์ ชี้อัสต์ย (2537) พบว่าบุคคลที่มีสถานภาพคู่จะได้เปรียบทางด้านร่างกายและจิตใจหลายประการมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด ทั้งในด้านการพูดคุยถึงสิ่งที่ตนเองวิตกกังวล และมีการปรับทุกข์กัน ดังนั้นจึงสอดคล้องกับข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลโดยมีสถานภาพคู่ถึงร้อยละ 69 ดังนั้นจึงทำให้ความเครียดจากความวิตกกังวลนี้อยู่ในระดับเล็กน้อย

1.5 ความเครียดจากภาระค่าใช้จ่าย พบว่า ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 2.10$) จากการที่ผู้ดูแลได้ประเมินความเพียงพอในการใช้จ่ายของรายได้ตนเอง พบว่ามีประชากรมากกว่าครึ่งคิดเป็นร้อยละ 53 ที่ประเมินรายได้ของตนเองว่าเพียงพอหรือมีเหลือเก็บดังนั้นจึงทำให้ ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับเล็กน้อย

1.6 ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาท พบว่า ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 2.00$) ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาทนั้นเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหาในบทบาท ที่ตนเองทำมา บางครั้งเป็นการรบกวนบทบาทด้านอื่นๆ เช่น การดูแลบุคคลในบ้าน การออกไปทำงานนอกบ้าน การให้เวลาเพื่อนๆ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะทำงานที่อยู่ที่บ้านร้อยละ 20 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 32 ค่าขายเล็กๆน้อยๆที่บ้าน จึงทำให้ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับเล็กน้อยเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ว่าบทบาทของตนเองถูกรบกวนมากนัก เช่นบางรายให้ข้อมูลว่า

“ กี่รับงานเอามาทำที่บ้าน จะได้คอยดูแลพ่อแก่ด้วย ”

และพบว่าในการดูแลผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 76 ดังนั้นผู้ดูแลจึงสามารถที่จะจัดแบ่งเวลาได้โดยที่ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหา เช่นข้อมูลในรายนี้กล่าวว่า

“ เวลาเราจะไปไหนก็ให้เพื่อนช่วยมาคอยดูแลพ่อให้บ้าง ”

อีกประเด็นหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 67 เป็นเพศหญิงซึ่งพบเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูมาให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน ช่วยดูแลสมาชิกในบ้านเช่นเด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุ ดังนั้น เมื่อมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงสามารถปรับตัวได้ง่าย ดังนั้นด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงทำให้ความเครียดจากความขัดแย้งในบทบาทในการศึกษาครั้งนี้จึงมีระดับค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคมสัน แก้วระยะ(2540)

1.7 ความเครียดจากการดูแลโดยตรง พบว่า ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 1.91$) ความเครียดจากการดูแลโดยตรงนั้นเป็นความรู้สึกยากลำบาก หรือเป็นปัญหาของผู้ดูแลในการทำกิจกรรมการดูแลตามความต้องการทางด้าน

ร่างกายให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จากการที่ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับเล็กน้อย อธิบายได้จาก ในการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ต้องการการพึ่งพาน้อยคิดเป็นร้อยละ 75 ดังนั้นจึงทำให้ความเครียดจากการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Montgomery และคณะ (1985) ที่ศึกษาสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 80 ราย พบว่ากิจกรรมการดูแลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะเชิงวัตถุวิสัย (Objective Burden) รวมถึงการศึกษาของ Sheehan และ Nuttal (1988) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 98 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกเช่นกัน กล่าวได้ว่าระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแล และร้อยละของการดูแล สะท้อนให้เห็นถึงความเครียดหรือความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล

1.8 ความเครียดจากความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวังพบว่า ความเครียดในด้านนี้ อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 1.90$) จากการศึกษาของ วิภาวี วิวัฒน์นามกุล (2539) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าความคาดหวังของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งหมายถึงความคาดหวังและการรับรู้ในการปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกันกันจึงไม่เกิดปัญหาในการดำรงบทบาทตามที่คาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวซึ่งจะมีบทบาทการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามค่านิยมสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย กล่าวคือผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวนั้นจะมีบทบาทการช่วยเหลือผู้สูงอายุ อยู่แล้วตามความคาดหวังของตนเองและของผู้สูงอายุจึงทำให้ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับเล็กน้อย

1.9 ความเครียดความรู้สึกในการถูกควบคุม พบว่า ความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย ($\bar{x} = 1.87$) และค่าเฉลี่ยในด้านนี้มีค่าต่ำที่สุดจากความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลทั้ง 9 ด้าน ความเครียดจากความรู้สึกในการถูกควบคุมเป็นการที่ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหาว่าถูกผู้สูงอายุเอาเปรียบ หรือ ถูกผู้สูงอายุเรียกร้องการดูแลมากเกินไป ซึ่งความเครียดในด้านนี้อยู่ในระดับเล็กน้อยและต่ำที่สุดนั้น อธิบายได้ว่า ประชากรที่ศึกษาทั้งหมดนับถือศาสนา พุทธ และโดยร้อยละ 79 เป็นบุตรของผู้สูงอายุซึ่งตามวิถีไทยถือว่าการดูแลบุพการีนั้นเป็นเรื่องของค่านิยมที่ดีเป็นการตอบแทนบุญคุณ บุพการีมีความกตัญญูด้วยการเลี้ยงดูเมื่อยามชรา และการเคารพผู้อาวุโส รวมถึงความเชื่อเรื่องเวรกรรม บาปบุญของชาวพุทธ (Kespichayawattana, 1999 ; ศิริพันธ์ สาสัตย์, Bryar และ Newnes, 2543 ; วรรณนิภา บุญระยอง, 2543) ดังนั้นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่จึงไม่คิดว่าการดูแล

ผู้สูงอายุที่มากในบางสถานการณ์นั้นจะเป็นการถูกผู้สูงอายุเอาเปรียบ จึงทำให้ความเครียดในด้านนี้มีระดับต่ำที่สุด

2. การศึกษาความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.37$) อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการเตรียมตัว เตรียมใจในการเป็นผู้ดูแลอยู่ในระดับเล็กน้อย จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการอยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่มาจากความเสื่อมจากร่างกายผู้สูงอายุเอง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการเรียนรู้ว่าผู้สูงอายุขาดความสามารถในการทำกิจกรรมได้ไป ผู้ดูแลจึงเข้าไปช่วยเหลือ หรือ ทดแทนในส่วนของกิจกรรมนั้นๆ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลที่ถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการได้บุญ นั้นมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.98$) แสดงให้เห็นว่าค่านิยมในเรื่องการตอบแทนบุญคุณ แล้วทำให้เกิดความคิดเชิงบวกยังเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นตนเองพร้อมที่จะรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542 ; ศิริพันธ์ สาส์ตย์ , Bryar and Newens, 2543) และพบว่าความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสถานบริการทางสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยในลำดับรองลงมา ($\bar{X} = 2.95$) ซึ่งพบว่าประชากรที่ศึกษาอยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพทั้งหมด ดังนั้นจึงได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ และมีช่องทางในการติดต่อกับทีมสุขภาพ ส่วนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำให้กิจกรรมการดูแลเป็นสิ่งที่สบายใจ และความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุด ($\bar{X} = 1.98 , 1.89$ ตามลำดับ) นั้นแสดงให้เห็นว่าบางครั้งผู้ดูแลไม่ได้มีการเตรียมพร้อมล่วงหน้า หรือ คาดการณ์ได้ว่าการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียด หรือ อาจพบว่ากิจกรรมการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่รื่นรมย์ ดังนั้นการเตรียมตัว เตรียมใจในด้านนี้จึงอยู่ในระดับที่ต่ำที่สุด

3. การอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐาน ในการเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพ สามารถอภิปรายผลการศึกษิตได้ดังนี้คือ

3.1 เพศ จากการศึกษา พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ความยากลำบากหรือความเป็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่

ในภาวะพึ่งพาของผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและชายนั้นไม่ต่างกันทั้งนี้เพราะยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกเช่น ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อระดับความเครียดในบทบาทมากกว่าเพศของผู้ดูแล

3.2 อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษพบว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าในการวิจัยนี้ผู้ดูแลทุกรายอยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลดังนั้นในการให้คำแนะนำดูแลช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแล นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่น เช่น สถานภาพของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 69 ที่มีสถานภาพคู่ ดังนั้นคู่สมรสอาจช่วยเหลือกันทั้งในด้านการดูแลผู้สูงอายุ หรือ ช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์

3.3 ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้จากที่ Orem (1991) ได้กล่าวถึง การศึกษาว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รู้จักดูแลสุขภาพอนามัย และแสวงหาแหล่งเอื้ออำนวยประโยชน์ได้ดี แต่เนื่องจากในการศึกษาในครั้งนี้ประชากรทั้งหมดที่ศึกษาอยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลดังนั้นในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือภายในกลุ่มประชากรที่ศึกษาจึงไม่แตกต่างกัน

3.4 ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้บ้างไม่พอใช้บ้างและผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้ จะมีระดับความเครียดในบทบาท มากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมี ความเพียงพอของรายได้ อธิบายได้ว่า รายได้ที่เพียงพอจะมีผลต่อความสามารถในการผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีโอกาสแสวงหาประโยชน์เพิ่มมากขึ้นทำให้มีโอกาสติดต่อกับกลุ่มต่างๆ เพื่อเพิ่มความรู้ และประสบการณ์ ตลอดจนหาสิ่งของ อุปกรณ์ ยารักษาโรค ค่าบริการทางสุขภาพ ตลอดจนเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับที่ Orem (1991) กล่าวว่าแหล่งประโยชน์ที่มากเพียงพอจะมีผลทำให้บุคคลเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และ ผู้อื่นเพื่อให้เกิดความผาสุกในครอบครัว ดังนั้น ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ จึงมีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาท

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้บ้างไม่พอใช้บ้างและผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ

3.5 ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความพร้อมทั้ง 5 กลุ่มมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อมเลย มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับเล็กน้อย และผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับปานกลาง รวมถึงผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีการเตรียมตัว เตรียมใจ ที่ดีในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Archbold และคณะ (1990) ที่พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลในระดับที่สูง จะทำให้ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากการได้รับแรงกดดันเพิ่ม และความเครียดโดยทั่วไปในการดูแลอยู่ในระดับที่ต่ำ และนอกจากนี้มีการศึกษาของยิวราณี สุขวิญญาณ์ (2536) ที่มีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติในด้านความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยที่มีการสอนสาธิตและให้กำลังใจญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้าน ต่อการป้องกันแผลกดทับ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าญาติที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลนั้นผู้ป่วยทุกคนไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

3.6 จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 3 กลุ่มมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 3 ครั้ง (ใน 3 เดือน) มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 2 ครั้ง (ใน 3 เดือน) และผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง (ใน 3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับการเยี่ยมด้วยจำนวนครั้งที่มากขึ้นทำให้ระดับของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น จึงวิเคราะห์ที่บทวน พบว่าในการออกเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพนั้น จำนวนครั้งที่ผู้ดูแลจะได้รับการเยี่ยมแต่ละเดือน ทางทีมสุขภาพจะให้ความสนใจของภาวะสุขภาพ หรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้วัดว่ารายใด ที่จะได้รับการเยี่ยมด้วยจำนวนครั้งที่มาน้อยเพียงใด ในแต่ละเดือน กล่าวได้ว่า ในรายที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบภาระในการดูแลด้านต่างๆ มากขึ้นเช่นกัน กลุ่มนี้จึงมีทีมสุขภาพพามาให้การดูแลที่บ้านบ่อยครั้งกว่า ในรายที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดี ดังนั้นจึงพบว่าในกลุ่มประชากรที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพที่บ่อยครั้งกว่า จึงมีระดับความเครียดที่มากกว่า กลุ่มประชากรที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพน้อยครั้ง ซึ่งในประเด็นของความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับความเครียด

ในการดูแลนั้นได้มีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวาง(Bull, 1990; Wallhagen, 1992; Schott – Barer, 1993; Archbold, 1990; Bull, Jarvis และ Ma, 1995; วิภาวรรณ ชุ่ม, 2536; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536; เฟื่องลดา เคนชัยวงศ์, 2539; คมสัน แก้วระยะ, 2540) จึงพอสรุปได้ว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน กับ จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมมีความสัมพันธ์กันทางลบ ดังนั้นจึงส่งผลให้ จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมมีความสัมพันธ์กันทางบวก กับ ระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงแต่จากการสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมเยี่ยมบ้าน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังนี้

“ ที่หมอมามาเยี่ยม ก็ดี มาบอกมาแนะนำอะไร ๆ ฉันว่าเขาดี ”

และมีผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวในทำนองเดียวกันว่า

“ หมอเขาก็บอกว่า มีอะไรก็บอกนะ ไปหาที่โรงพยาบาลก็ได้ ”

และจากสถิติในการสำรวจความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมในโครงการเยี่ยมบ้านนั้นพบว่าร้อยละ 98 มีความพึงพอใจในการให้บริการของทีมสุขภาพ (แผนกการพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ, 2544) ผู้วิจัยจึงพิจารณารายชื่อในประเด็นที่เกี่ยวกับความพร้อมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสถานบริการทางสุขภาพพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95$) และในรายชื่อที่ถามถึงการหาข้อมูลเพื่อพาผู้สูงอายุไปรับบริการทางสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.58$) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่สูงเมื่อเทียบกับในรายชื่ออื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักและให้การดูแลช่วยเหลือแนะนำผู้ดูแล เช่น การแนะนำให้ผู้ดูแลมีการวางแผนในการดูแล การจัดการเวลาในการดูแล หรือให้ญาติมาผลัดเปลี่ยนดูแลในบางวันของแต่ละสัปดาห์
2. ควรสนับสนุนทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนให้การชื่นชม ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ตนปฏิบัติอยู่
3. เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้นั้น ทีมสุขภาพประเมินความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกัน เช่น ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับสภาพของครอบครัวผู้ดูแล ความสามารถของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือกัน และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือ ในกลุ่มของผู้ดูแลที่มีลูกจ้างคอยช่วยเหลือดูแลนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและลูกจ้างเป็นอย่างไร ตลอดจนความเพียงพอของรายได้ที่ลูกจ้างได้รับ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในรูปแบบอื่น เช่น การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อการหาตัวแปรพยากรณ์ของ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยทั้ง 9 ด้าน ว่าตัวใดที่สามารถทำนายคุณภาพในการดูแลได้ดีที่สุด หรือ สามารถทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาได้ดีที่สุด

3. นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาต่อเนื่อง จัดทำเป็นรูปแบบในการให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดการความเครียดเฉพาะด้านที่ผู้ดูแลเป็นปัญหา ทั้งนี้เพื่อที่มสุขภาพจะได้มีการส่งเสริม หรือ ช่วยลดภาวะเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาได้ตรงกับด้านของปัญหาที่แท้จริง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กองสถิติสาธารณสุข.2543. อัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2535

– 2542.Available from : [http : //www.moph.go.th/ops/bhpp](http://www.moph.go.th/ops/bhpp) [4 มีนาคม,2544].

คมสัน แก้วระยะ.2540.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการ
ดำเนิน

ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับ
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

จวัน มาลฮอตตรา และคณะ. 2543. การศึกษาผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการ
เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (เมษายน-
มิถุนายน): 5-14.

จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ .2528.พยาบาลอนามัยชุมชนในงานเยี่ยมบ้าน.เอกสาร
การสอนชุดวิชาเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชนหน่วยที่ 1-7 พิมพ์ครั้งที่9. นนทบุรี:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

จันทร์เพ็ญ แซ่หู่.2537.ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่าย ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา.2542.Katanyu Katavedi and Caregiving for Frail Elderly.วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(กันยายน – ธันวาคม): 51-64.

จุฑาทิพย์ ชี้อัสต์ย์.2537.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่
สมรส กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตมหาวิทยลัยมหิดล.

ชนิตา มณีวรรณ. 2540.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน.คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน.
พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : บริษัทบรรณศิลป์ พรินติ้ง จำกัด.

ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. 2537. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและ
ผู้ดูแลที่บ้าน .วารสารการพยาบาลสาธารณสุขปีที่8ฉบับที่2(พฤษภาคม-สิงหาคม): 30.

ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. 2537. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน .
วารสารพยาบาล ปีที่ 43 ฉบับที่4 (ตุลาคม – ธันวาคม) : 241 – 242.

ชวลี แยม่วงศ์.2538 .ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของ
โอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความ
สามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรง
พยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนีย์ อนันตพันธุ์. 2540. ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. วิทยาการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (พฤษภาคม-สิงหาคม) : 110-116.

นงลักษณ์ บุญเยี่ยม.2537.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญ
ความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงลักษณ์ พันชมพู่. 2540. การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่
รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล.

นภาพร ชโยวรรณ และจอนัน โนเดล. 2542. การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัว
ของผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช.2533. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนและแข็งแรง . รายงานการวิจัย3 กรุงเทพฯ:สามัคคีการพิมพ์.

ปาหนัน บุญหลง.2528. การพยาบาลจิตเวช . เชียงใหม่: เชียงใหม่สหนวิกิจ.

ประคอง กรวรรณสุต.2538.สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประพิณ วัฒนกิจ.2536.สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.

แผนกเวชระเบียนและสถิติ . โรงพยาบาลสุโขทัย.2544.

ฝ่ายแผนงาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.2544.

ฝ่ายแผนงานและนโยบายการพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ. 2543.โรงพยาบาล จังหวัดสุโขทัย.

พิชญาภรณ์ มูลศิลป์.2539.การพยาบาลผู้สูงอายุ.กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(อัดสำเนา).

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน . 2530.

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. 2539 . ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วยแรงสนับสนุนทาง
สังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ.2541. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากาณี

- กรุงเทพมหานคร และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วิทยาลัยประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. **รามาทิบัติ
พยาบาลสาร**(มกราคม-เมษายน) : 84-93.
- ยุวราณี สุขวิญญาน.2536.**ผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้าน
ต่อการป้องกันแผลกดทับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ระพีพรรณ พันธุ์รัตน์ .2542.**การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครัวเรือนของชาวไทย.**วิทยา
นิพนธ์สังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- รุจจา ภูไพบูลย์.2537.**การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดและการนำไปใช้** พิมพ์ครั้งที่ 2 .
ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- วรรณภา พาหุพัฒนากุล.2538.**ภาระงานสตรีมีมากแค่ไหน?วารสารพยาบาลศาสตร์
(ตุลาคม) 50 –56.**
- วรรณนิภา บุญระยอง. 2543. ภาระครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. **วารสาร
สมาคมพัฒนาวิทยา ปีที่ 1 (มกราคม-มีนาคม): 11-17.**
- วรรณนิภา สมนาวรรณ.2537.**การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมอง
เสื่อมที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ ยศทวี.2540.**ผลของการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลก่อน
การฝึกภาคปฏิบัติในแหล่งฝึกนอกสถานศึกษาของนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาธินี ศักขมาตย์. 2543. แนวคิดพยาบาลครอบครัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรง
พยาบาล. **รามาทิบัติพยาบาลสาร (กันยายน-ธันวาคม): 231-235.**
- วิภาดา วิวัฒน์นามกุล.2539.**ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัด
ขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภาวรรณ ชุ่ม. 2536. **ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูง
อายุที่ต้องพึ่งพา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช.2537.**การส่งเสริมบทบาทในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.****วารสาร
พยาบาลศาสตร์ (ตุลาคม-ธันวาคม): 33-38**
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์, Bryar,R.M. and Newens, A.J.2543.**การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย :
การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย.**

วารสารสมาคมพฤฒาวิทยา (ตุลาคม-ธันวาคม): 15 - 24.

- ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2535. **ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ.**สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา.2536.**แบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร และภัสพร ขำวิชา.2539. **แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง.**วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(เมษายน - มิถุนายน): 76 - 89.
- สุดา เทพศิริ.2540.**ผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และ คณะ.2540. การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. **วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม** (เมษายน - พฤษภาคม).
- สุรพล เจนอบรม.2534.**วิทยาการผู้สูงอายุ.**กรุงเทพมหานคร :ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตพันธ์กุล.2537. **ภาวะทุพพลภาพปัญหาของผู้สูงอายุ.**วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์): 67-75.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.2542. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2542. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ.2542.**รายงานการวิจัยวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการใช้บริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.**กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร การพิมพ์ ฯ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานกฤษฎมนตรี.**รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน(ตารางแสดงจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลและขนาดของครัวเรือน พ.ศ. 2524 – 2543).**
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานกฤษฎมนตรี.2544.**ผู้สูงอายุไทย.**
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.สำนักงานกฤษฎมนตรี. 2542. **สถิติรายได้ประชาชาติของประเทศไทย.**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.2542.รายงาน 504(แสดงสาเหตุการป่วยของประชากรในจังหวัด).

อดุลย์ วิริยะเวชกุล และ คณะ.2540.รายงานทางวิชาการเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ.บริษัทแอล.ที.เพลส จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

Alexy, B., Benjamin – Coleman, R., and Brown, S. 2001. **Home Healthcare and Client Outcomes.**Home Healthcare Nurse.Vol 19(No. 6): 233 – 239.

Archbold, P.G., et al.1990.Mutuality and Preparedness as Predictor of Caregiver Role Strain.**Research in Nursing & Health** Vol 13: 375-384.

Archbold, P.G., and Stewart , B.J.1996.**The Nature of Family Caregiving Role and Nursing Intervention for Caregiving Families.** School of Nursing .Oregon Health Sciences University. Portland ,OR.

Archbold, P.G., et al.1992. Clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregiver to frail older people.In S.G.Frunk,E.M.Tornquist,M.T.Champagne & L.A.Copp(Eds.).**Key Aspect of Elder Care.**New York : Springer.

Archbold, P.G., et al.1995. The PREP System of Nursing Intervention : A Pilot Test with Family Caring for Older Members. **Research in Nursing & Health** Vol 18 : 3-16.

Archbold, P.G., and Stewart, B.J.1986,1993. **The caregiver's view.** Portland,OR: Oregon Health Sciences University, School of Nursing.

Baille, V., Norbeck, J.S., and Barnes, L.E. 1988 . Stress, Social Support, and Psychological Distress of Family Caregiver of the Elderly. **Nursing Research** Vol37(No4): 217 – 222.

Brillhart, B.1988.**Family support for the disable.** Rehabilitation Nursing Vol13 (No 6) : 316 – 319.

Bull, M., J. 1990. Factors influencing family caregiver burden and health. **Western Journal Of Nursing Research** Vol12 (No 6) : 758 – 770.

Bull, M., Jervis, I.L., and Ma, H. 1995 Hospitalized elders the difficulties families encounter. **Journal of Gerontological Nursing**(June): 19-23.

- Burn, C., Archbold, P.G. and Stewart, B.J., et al .1993. New diagnosis: Caregiver Role Strain.**Nursing Diagnosis** Vol4(April-June) : 70 –76.
- Carey, P.J., Oberst, M.T., McCubin, M.A., and Hughes, S.H. 1991.**Appraisal and caregiving burden in family member caring for patient receiving chemotherapy.** *Oncology Nursing Forum* Vol18(No.8) : 1341-1348.
- Cartwright, J.C., et al.1994.Enrichment processes in family caregiving to frail elders. **Advanced In Nursing Science** Vol 17 : 31-43.
- Clark, N.M., and Rakowski, W.R.1983. Family caregivers of older adults: Improving helping skill .**The Gerontologist** Vol23(No.6) : 637-642.
- Frengter, A., Goodrich, N. 1979. Wivers of elderly disabled men : the hidden patients. **Gerontologist** Vol19:175-183.
- Friedman, M.M.1986.**Family nursing theory and assessment.** Connecticut: Appleton Century- Crofts.
- Ebersole, P., and Hess, P.1990.**Toward Healthy Aging Human Needs and Nursing Response.**3rd.ed.St.Louis: C . V. Mosby.
- Given, B.A., and Given, C.W.1991.Family caregiver for the elderly. **Annual review of nursing Research**Vol 9 :NewYork : Springer Publishing Company:77-101.
- Given, C.W., Stommel, M., Given, B., Osuch, J., Kurtz, M.E., and Kurtz, J.C. 1993.The influence of cancer patients' symptoms and function states on patients' depressing and family caregivers' reaction and depression. **Health Psychology** Vol 12(July): 277 – 283.
- Given, C.W., et al.1991.The Caregiver Reaction Assessment Chronic Physical and Mental Impairments. **Research in Nursing & Health** Vol 15: 271-283.
- Given, A.B., et al .2001 . Caregiver Role Strain.**Nursing Care of Older Adults:Diagnosis,Outcomes&Interventions.** St.Louis,Missoure.A Harcourt Health Sciences company: 579-683.
- Globerman, J. 1996. Motivation to Care: Daughters - And Sons – In – Law Caring for Relatives wiyh Alzheimereer's Disease. **Family Relations** Vol 45 : 37 – 45.
- Hardy, M.E., and Conway, M.E.1988.**Role Theory : Perspectives for Health Professional.** Norwalk Appleton & Lange.
- Hartshorn, J.C., et al.1993.**Individual and Family response to the critical care Nursing :**

- Introduction to critical care Nursing.** Philadelphia : W.B.Saunders company.
- Hines – Martin, V.P. 1992. Family caregivers of chronically ill African – American elderly. **Journal of Gerontological Nursing** Vol 18: 25 – 29.
- Holowiz, A.1985. Family Caregiving to the frail elderly. **Annual Review of Gerontology & Geriatric** Vol 5: 194 – 246.
- Hong, Li., et al.2000. Family and Hospitalized Elder : A Typology of Family Care Actions. **Research in Nursing & Health** Vol 23: 3 –16.
- Jensen, S., and Given, B.1991. Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. **Cancer Nursing** Vol 14: 181 – 187.
- Jiraporn Kespichayawattana . 1999. “ **Katanyu Katavedi “ and Caregiving for Frail Elderly Parents : The Perspectives of Thai Families in Metropolitan Bangkok Thailand . A Dissertation Presented to Oregon Health Sciences University School of Nursing.**
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Ebrahim, S. 1994 The meaning of activity of daily living in Thai elderly population :Development of new index.**AgeAgeing** Vol23: 97-101.
- Kneeshaw, M.F., Considine, R.M., and Jennings, J.1999. Mutuality and Preparedness of Family Caregivers for Elderly Woman After Bypass Surgery.**Applied Nursing Research** Vol12(No .3): 128 – 135.
- Kuei – Ri Chou, Linda, L., and Joseph, T.1999.Burden Experienced by Caregiver of Relatives with Dementia in Taiwan.**Nursing Research**(July-August): 206-214.
- Lazarus, R., and Folkman, S.1984. **Stress, Appraisal and Coping.**Newyork: Springer publishing company.
- Lee, H.S., Brennan, P.F., and Daly,B.J.2001.Relationship of Empathy to Appraisal , Depression,Life Satisfaction, and Physical Health in Informal Caregiver of Older Adults.**Research in Nursing & Health** Vol24 : 44-56.
- Marck, P.1990.Therapeutic reciprocity : A caring phenomenon.**Advance in Nursing Science .** Vol 13 (No.1): 49-59.
- Mastrain, K.C., Ritter, C ., and Deimling, G.T.1996. Predictors of caregiver Healthstrain. **Home Health Care Nurse** Vol14 (March): 209-217.
- Matterson, M.and Mc, Connell, E.1988. **Gerontological nursing concepts and practice.** USA. WB.Saunders company.

- Messecar.2000.Factors Affecting.**Journal of Gerontological Nursing**.December: 32-42.
- Miller, B., et al . 1995. Mastery and Caregiving distress. **Journal of Gerontology**.Vol50: 374 - 382.
- Miller-Kean.2000.**Medical Dictionary**. Available from: <http://www.msn.com>[2000,Jan 10].
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. and Hooyman,N.R.1985.Caregiving and the experience Of subjective and objective Burden.**Family Relation** Vol34(January): 19 - 26.
- Mui, A.C.1992.Caregiver strain among black and white daughter caregiver: role perspective. **The Gerontologist** Vol32: 203 – 212.
- Mui, A.C.1995.Caring For Frail Elderly Parents: A Comparison of Adult Sons and Daughter.**The Gerontologist** Vol35 (No.2): 86-93.
- Naraya, S., Lewis, M., and Tornatore, J., et al . 2001. Subjective Responses to Caregiving for a Spouse with Dementia. **Journal of Gerontological Nursing**. Vol 27 (No.3).
- National Family Caregiver Association.2000.**What is Caregiver Support Programs**.USA: Available from: <http://www.NFCA.com> [2000,March 4].
- Neal , M.B., Dayton, B.I., and Starrels, M.E.1997.Gender and Relationship Differences in Caregiving Patterns and Consequences Among Employed Caregivers. **The Gerontologist** Vol 37 (No. 6): 804 – 816.
- Oberst, T.M., Thomas, E.S., Gass, A.K., and Ward, S.E. 1989.Caregiving demands and appraisal of stress among family caregiver. **Cancer Nursing** Vol 12: 209 – 215.
- Orem, D.E.1991.**Nursing: Concepts of practice**.3rd ed.New York : Mcgraw Hill book..
- Ozaki.1999.The Caregiver Needs a Day Off.**Geriatric Nursing** Vol16 (No.2): 67.
- Pearlin, L.I., et al.1990.Caregiving and the Stress Process : An Overview of Concepts and Their Measurers. **The Gerontologist** Vol30 (No. 5): 583 – 594.
- Penning, M.J.1998.In the middle: Parental caregiving in the context of other role. **Journal of Gerontological Sciences** Vol 53 (No. 4): 188 – 197.
- Phillips, L.R., et al .1995.Effects of the Situational context and Interaction Process on the Quality of Family Caregiving . **Research in Nursing & Health** Vol18: 205-216.

- Reel, B.L.1994. Effect of counselling on quality of life for individuals with cancer and their families.**Cancer Nursing** Vol 18 : 101 – 112.
- Reinhard, Rosswurm, and Robinson.2000.Policy Recommendations for Family Support .
Journal of Gerontological Nursing Vol26 (No. 1): 47-49.
- Robbie, H. H.1997.Analysis of Concept of Mutuality. **Image : Journal of Nursing Scholarship** Vol 29: 77-81.
- Schott-Barr, D.1993.Dependent care,caregiver burden,And self-care agency of spouses caregivers.**Cancer Nursing** Vol 16 (No.3): 230 – 236.
- Schumacher, K.L., Dodd, M.J., and Paul, S.M.1993. The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy.**Research in Nursing and Health** Vol16 (No.6) : 395 – 404.
- Schumacher, K.L.1996.Reconceptualizing family caregiving: Family – based illness are during chemotherapy. **Research in Nursing and Health** Vol 19(No .4): 261-271.
- Schumacher, K.L., Stewart, B.J., and Archbold, P.G.2000.Family caregiving skill: Development of the Concept.**Research in Nursing and Health** Vol 23: 191 – 203.
- Shanas, E.1979.The Family as a social Support System in Old Age. **The Gerontologist** Vol 19 (No.2): 169 – 174.
- Sheehan, N.W., and Nuttall, P. 1988. Conflict, emotion and personal strain among family caregivers. **Family Relation** Vol 37(No .2): 92-96.
- Stanhope, M.1996.Community health nurse in home health and hospice. **Community health nurse in home health care and hospice care**. 4th ed.Missouri: Mosby – Year Book.
- Stoller, E.P.1990. Males as Helper : The Role of Sons, Relatives, and Friends. **The Gerontologist** Vol 30 (No.2) : 228 – 235.
- Stone, R., Cafferata, G.L., and Sangl, J.1987. Caregivers of the frail elderly: A nation profile. **The Gerontologist** Vol27 (No.6) : 616 – 626.
- Terstra, T.L., et al.1989.As young as you ful: Age identification among the elderly.**Journal of Gerontological Nursing** Vol 15 : 4 –10.
- Throne, S.E., and Robinson, C.A.1989.Guarded Alliance: Health Care Relationships in Chronic Illness.**IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** Vol 21(No .3): 153 – 157.

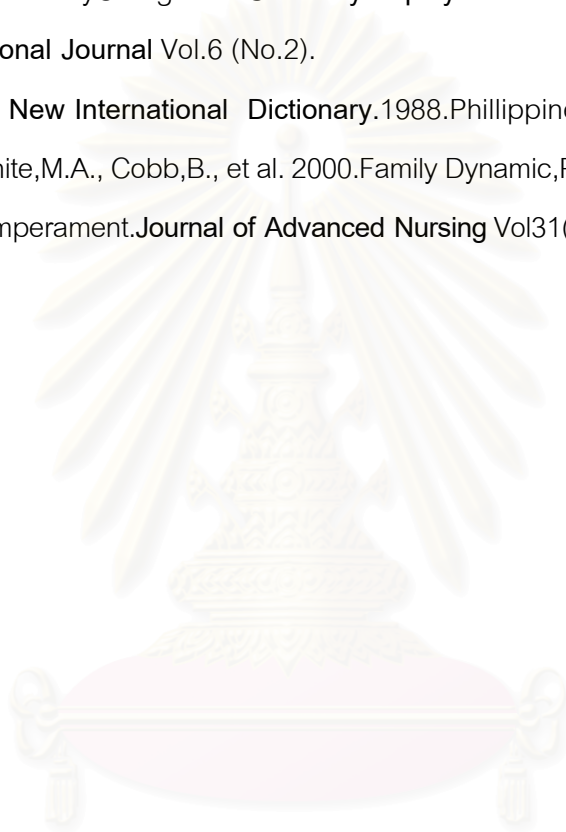
Tilden, V.P., and Weinert, C .1987.Social Support and The Chronically ndividual.**Nursing Clinic of North America** Vol 22: 613-620.

Walker, A.J., and Thompson, L.1983.Intimacy and intergeneration aid and contact among mothers and daughter. **Journal of Marriage and the Family** Vol 15 (No.11): 841-849.

Wallhagen, M.I.1992 .Caregiving Demands : Their Difficulty and Effects on the Well. Being of ElderlyCaregivers. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal** Vol.6 (No.2).

Webster's Third New International Dictionary.1988.Phillippines: Merriam – Webster.

Wilson, M.E., White,M.A., Cobb,B., et al. 2000.Family Dynamic,Parental-Fetal Attachment and Temperament.**Journal of Advanced Nursing** Vol31(No.1): 204 - 210.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม เป็นรายคู่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน 3 กลุ่ม

ความเพียงพอของรายได้	ค่าเฉลี่ย	เพียงพอ/มีเหลือเก็บ	พอบ้างไม่พอบ้าง	ไม่เพียงพอ
เพียงพอ/มีเหลือเก็บ	138.19	-	-	-
พอบ้างไม่พอบ้าง	153.33	*	-	-
ไม่เพียงพอ	161.36	*	-	-

$p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ LSD (Least – Significant Different) พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอบ้างไม่พอบ้าง มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม แตกต่างกับ ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอบ้างไม่พอบ้าง มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ และพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม แตกต่างกับ ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้พอใช้หรือมีรายได้เหลือเก็บ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีระดับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลต่างกัน 5 กลุ่ม

ความพร้อม ในการเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ไม่มีความพร้อม			
		ไม่มีความพร้อม เลย	มีความพร้อม เล็กน้อย	มีความพร้อมปาน กลาง	มีความพร้อม มาก
ไม่มีความพร้อม เลย	183.67	-	-	-	*
มีความพร้อม เล็กน้อย	153.52	-	-	-	*
มีความพร้อม ปานกลาง	138.14	-	-	-	*
มีความพร้อม มาก	99.60	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อมเลย มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อมเลย มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับเล็กน้อย และผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับปานกลาง และผู้ดูแลที่มีความพร้อมในระดับมากตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทโดยรวม ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพด้วยจำนวนครั้งที่ต่างกัน 3 กลุ่ม

จำนวนครั้งที่ได้รับ การเยี่ยม(ใน3เดือน)	ค่าเฉลี่ย	ได้รับการเยี่ยม1 ครั้ง	ได้รับการเยี่ยม2 ครั้ง	ได้รับการเยี่ยม3 ครั้ง
ได้รับการเยี่ยม1 ครั้ง	142.90	-	-	-
ได้รับการเยี่ยม2 ครั้ง	140.84	-	-	-
ได้รับการเยี่ยม3 ครั้ง	192.25	*	*	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 3 ครั้ง(ใน 3 เดือน) มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง(ใน 3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 3 ครั้ง(ใน 3 เดือน) มีค่าเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม มากกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยม 2 ครั้ง(ใน 3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ จรรยา เสี่ยงเสนาะ	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล	อาจารย์ภาควิชาจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร.ศิริพันธ์ สาสัตย์	อาจารย์ภาควิชาอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
นางนลินี พสุคันธภัก	หัวหน้าแผนกศึกษาฝึกอบรม สถาบันประสาธิตวิทยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทยุทธศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวศุภรียา รัตนวิมล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง " ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย " โดยมีอาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนลินี พสุคันธภักดิ์ พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกศึกษาฝึกอบรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางนลินี พสุคันธภักดิ์

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวศุภรี รัตนวิมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง " ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย " โดยมี อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล อาจารย์ภาควิชาจิตเวชเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวศุภรียา รัตนวิมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง " ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย " โดยมี อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ จรรยา เสียงเสนาะ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ จรรยา เสียงเสนาะ

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

เนื่องด้วย นางสาวศุภรีญา รัตนวิมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง " ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย " โดยมี อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ศิริพันธ์ สาส์ตย์ ภาควิชาอนามัยชุมชนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร.ศิริพันธ์ สาส์ตย์

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณฯ โทร.2189825 โทรสาร2189806

ที่ ทม 0342/

วันที่

มีนาคม 2545

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

เนื่องด้วย นางสาวศัทรียา รัตนวิมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาล
เมืองจังหวัดสุโขทัย” โดยมีอาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยา
นิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ
ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

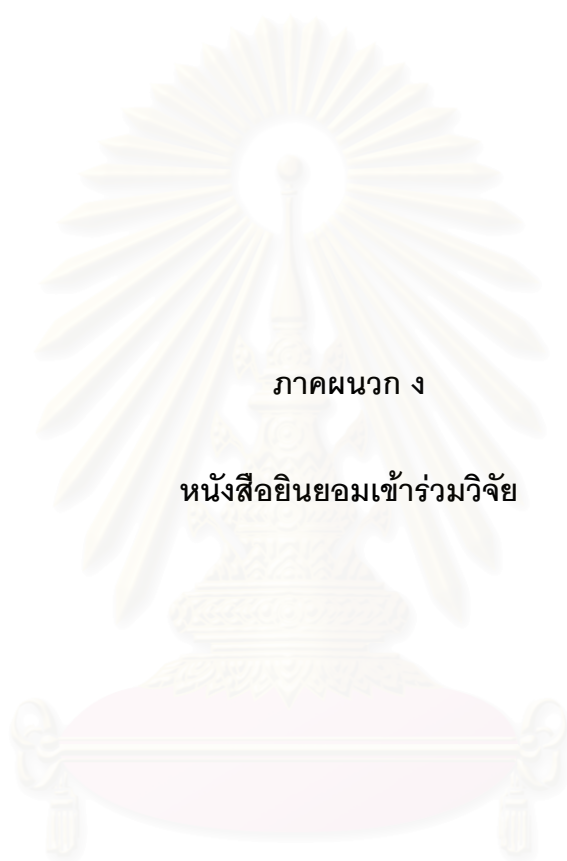
จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก
ท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ภาคผนวก ง

หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

Informed Consent Form

ชื่อโครงการ " ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย "

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศุภิษา รัตนวิมล

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา (วิทยานิพนธ์) อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ และข้อเสียของการวิจัยโดยละเอียด และผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าถามด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจแล้ว

2. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อบริการ / การรักษา ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ

3. ข้าพเจ้าได้รับทราบรับคำร้องของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วจนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

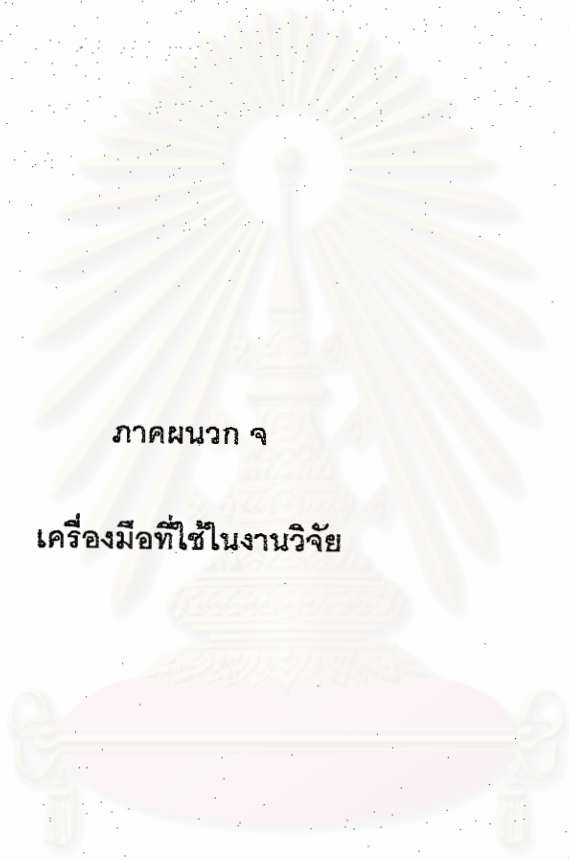
ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ (ดัชนิบาร์เรลเอดีแอล) เป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 1. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 2. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 3. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำเองได้(รวมทั้งที่ทำได้เองและเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. ทำเองได้
4. ใช้ห้องสุขา
 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 1. ช่วยตัวเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้บ้างหลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 2. ช่วยตัวเองได้ดี(ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้
- 1 ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี(รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงได้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

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

8. การอาบน้ำ

- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง(เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะหรือไม่สามารถดูแลตัวเองได้
- 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง(เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั้นได้ปกติ

การแปลผลคะแนน

- 0 - 4 = อยู่ในระดับการพึ่งพามาก
- 5 - 8 = อยู่ในระดับการพึ่งพานกลาง
- 9 - 12 = อยู่ในระดับการพึ่งพาเล็กน้อย

เลขที่แบบสอบถาม.....
วันที่เก็บข้อมูล.....
เริ่มเวลา.....
สิ้นสุดเวลา.....
รวมเวลาที่สัมภาษณ์.....
ผู้สัมภาษณ์.....

คำชี้แจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ชุดได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชุดที่ 3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview Guideline)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความแต่ละข้อ เพียงช่องเดียวและเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริงที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. อายุ.....ปี
2. ปีที่เกิด.....
3. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
4. ศาสนา 1 พุทธ
 2 คริสต์
 3 อิสลาม
 4 อื่นๆ ระบุ
5. สถานภาพสมรส 1 โสด
 2 คู่
 3 ม่าย
 4 หย่า / แยก

6. อาชีพ
- 1 แม่บ้าน / งานบ้าน
 - 2 รับจ้าง
 - 3 ค้าขาย
 - 4 รับราชการ
 - 5 เกษตรกร
 - 6 อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

- 1 เพียงพอ
- 2 พอบ้างไม่พอบ้าง
- 3 ไม่เพียงพอ
- 4 มีเหลือเก็บ

8. การศึกษา

- 1 ไม่ได้เรียน
- 2 ประถมศึกษา
- 3 มัธยมศึกษา
- 4 อาชีวศึกษา
- 5 อุดมศึกษา

รวมระยะเวลาในการศึกษาถึงขั้นสูงสุด.....ปี

9. ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

(หมายเหตุสำหรับผู้สัมภาษณ์ : ทีมสุขภาพในที่นี้หมายถึง เจ้าหน้าที่ในโครงการเยี่ยมบ้านของหน่วยการพยาบาลปฐมภูมิโรงพยาบาลจังหวัดสุโขทัย)

10. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพกี่ครั้ง.....

11. ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ.....เดือน

12. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะเป็น

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> คู่สมรส | 2 <input type="checkbox"/> บุตร |
| 3 <input type="checkbox"/> หลาน | 4 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

13. ในการดูแลผู้สูงอายุมีผู้อื่นช่วยเหลือหรือไม่

- 1 ไม่มี (ข้ามไปข้อ 14)
- 2 มี

13.1 หากมี ผู้ช่วยเหลือเป็นใครบ้าง

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> คู่สมรส | 2 <input type="checkbox"/> บุตร |
| 3 <input type="checkbox"/> หลาน | 4 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

14. สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในครั้งนี้อยู่ที่.....อายุผู้สูงอายุ.....ADL.....

ตอนที่ 2 แบบวัดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ตัวอย่าง)

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อตนเองว่าได้เตรียมตัว เตรียมใจ ได้ดีมากน้อยระดับใดในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยถือเกณฑ์การตอบคือ

มากที่สุด หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีการเตรียมตัว เตรียมใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุในข้อคำถามนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีการเตรียมตัว เตรียมใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุในข้อคำถามนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีการเตรียมตัว เตรียมใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุในข้อคำถามนั้นปานกลาง

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีการเตรียมตัว เตรียมใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุในข้อคำถามนั้นเล็กน้อย

ไม่เลย หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองไม่มีการเตรียมตัว เตรียมใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุในข้อคำถามนั้นเลย

(ตัวอย่าง) ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
ท่านได้เตรียมตัว เตรียมใจมากน้อยเพียงใดในต่อไปนี้...					
1. การดูแลทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ / การพาผู้สูงอายุเดิน					
2. การดูแลทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน / การพูดคุยเรื่องที่สนุกสนาน					
.....					
10. โดยทั่วไปแล้วท่านมีการเตรียมตัว เตรียมใจ ที่จะดูแลผู้สูงอายุในระดับใด					

ชุดที่ 2 แบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ตัวอย่าง)

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับการทำกิจกรรมการดูแลในข้อนั้นๆว่า ท่านมีความรู้สึกถึงความยากลำบากหรือเป็นปัญหาอยู่ในระดับใด โดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ยากลำบากหรือเป็นปัญหามากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือในการดูแลในข้อนั้นมีความไม่สะดวกหรือเดือดร้อนมากที่สุด

ยากลำบากหรือเป็นปัญหามาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือในการดูแลในข้อนั้นมีความไม่สะดวกหรือเดือดร้อนมาก

ยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือในการดูแลในข้อนั้นมีความไม่สะดวกหรือเดือดร้อนปานกลาง

ยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือในการดูแลในข้อนั้นมีความไม่สะดวกหรือเดือดร้อนเล็กน้อย

ไม่ยากลำบากหรือไม่เป็นปัญหาเลย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือในการดูแลในข้อนั้นไม่มีความเดือดร้อนเลย

(ตัวอย่าง) ข้อคำถาม	ยากลำบากหรือเป็นปัญหามากที่สุด	ยากลำบากหรือเป็นปัญหา	ยากลำบากหรือเป็นปัญหาปานกลาง	ยากลำบากหรือเป็นปัญหาเล็กน้อย	ไม่ยากลำบากหรือไม่เป็นปัญหาเลย
ในการดูแลผู้สูงอายุ...ท่านรู้สึกยากลำบากหรือเป็นปัญหามากน้อยเพียงใดในเรื่องต่อไปนี้					
1. การไปซื้อของหรือทำธุระให้กับผู้สูงอายุ					
2. การช่วยผู้สูงอายุเดินในบ้าน					
....					
....					
การขาดแหล่งสนับสนุน					
33. การมีเวลารับรองหรือพักผ่อนลดลง					
34. การไม่มีเวลาเป็นตัวของตัวเอง					
...					

(ตัวอย่าง) ข้อความ	ยาก ลำบาก หรือ เป็น ปัญหา มากที่สุด	ยาก ลำบาก หรือ เป็น ปัญหา มาก	ยาก ลำบาก หรือ เป็น ปัญหา ปาน กลาง	ยาก ลำบาก หรือ เป็น ปัญหา เล็กน้อย	ไม่ยาก ลำบาก หรือ ไม่เป็น ปัญหา เลย
ความวิตกกังวล 37. กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ					
38. กังวลว่าจะไม่ได้รับความช่วยเหลือในส่วนที่ท่านไม่สามารถทำให้กับผู้สูงอายุได้					
.....					
ความขัดแย้งในบทบาท 47. การดูแลบุคคลในครอบครัว เช่น บุตร / สามี / ภรรยา / พี่น้องๆ					
48. การออกไปทำงานนอกบ้าน					
....					
ภาระค่าใช้จ่าย 53. ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ					
....					
ความไม่ลงตัวในบทบาทที่คาดหวัง 56. การที่ผู้สูงอายุต้องให้ท่านทำบางสิ่งโดยที่ท่านน่าจะทำได้เอง					
....					
การได้รับแรงกดดันเพิ่ม 60. การดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลาทำให้ท่านและผู้สูงอายุมีเรื่องที่ต้องขัดใจกันทำให้ความสนิทสนมลดลง					
.....					
การถูกควบคุม 63. การที่ผู้สูงอายุต้องการให้ท่านทำบางอย่าง หรือ ให้ท่านดูแลมากขึ้นโดยไม่มีเหตุผล					
.....					
การให้การดูแลโดยทั่วไป 66. การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านเหมือนถูกจำกัดอิสระ เพราะต้องให้การดูแลตลอด					
....					
69. หากผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่มากขึ้น ท่านสามารถที่จะให้การดูแลได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้					

ชุดที่ 3 แนวตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา(Interview Guideline)

1. เริ่มจากการสัมภาษณ์เรื่องทั่วไป (คำถามอุ่นเครื่อง)
 - อายุเท่าไร / มีคนในครอบครัวทั้งหมดกี่คน
 - อะไรที่ทำให้คุณทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - มีคนอื่นในครอบครัวที่มีส่วนช่วยในการดูแลไหม.....ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับท่านในฐานะเป็น.....เขาช่วยอย่างไรบ้าง.....มีคนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวที่มีส่วนช่วยในการดูแลไหม.....ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับท่านในฐานะเป็น.....เขาช่วยอย่างไรบ้าง
2. ใช้คำถามแบบกว้างๆในประเด็นที่เข้าใจเพื่อฟังการสนทนาเข้าสู่ประเด็นที่สนใจศึกษา
 ในมุมมองของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเกี่ยวกับ ความเครียดในบทบาท
 - ลองเล่าให้ฟังว่าในวันหนึ่งๆ คุณมีกิจวัตรอะไรบ้างที่ต้องทำเป็นประจำแก่คุณ...
 - ตอนนี้ชีวิตคุณเป็นอย่างไร.....ในการที่คุณดำเนินชีวิตเช่นนี้แตกต่างไปจากชีวิตก่อนมาเป็นผู้ดูแลหรือไม่...อย่างไร
 - คุณรู้สึกอย่างไร...คิดอย่างไร...กับสิ่งที่คุณทำให้คุณ...
 - ที่คุณบอกว่าคุณเครียดเกี่ยวกับ....คุณหมายความว่าอย่างไร...
 - ที่คุณพูดว่า.....คุณหมายความว่าอย่างไร....
 - สิ่งที่คุณเล่ามา.....ก่อให้เกิดผลกระทบอะไรกับคุณบ้าง
 - พยายามถาม และขอคำอธิบายให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าถึงเหตุการณ์ หรือความหมายของ คำที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ จากความเข้าใจของเขาเอง พยายามใช้คำที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ ใช้ เพื่อย้อนภาพให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่า หรืออธิบายขยายความต่อ เช่น
 - ลองเล่าเกี่ยวกับเรื่องที่คุณพูดถึง.....ลองอธิบายเพิ่มหรือยกตัวอย่างน้อยนะคะ.....คุณหมายความว่า.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ คัทธีรียา รัตนวิมล เกิดวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2512 สถานที่เกิด จังหวัดสุโขทัย
 ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2535 ได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่า
 ปริญญาตรี) ประวัติการทำงาน ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำตึกอายุรกรรมหญิง
 โรงพยาบาลสุโขทัยเป็นเวลา 2 ปี และได้ย้ายมาปฏิบัติงานที่แผนกการพยาบาลฉุกเฉินแผนก
 ผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 2 ปี 8 เดือน จึงลาออกจากราชการมาปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพที่
 โรงพยาบาลผู้สูงอายุกล้วยน้ำไท 2 และได้รับตำแหน่งเป็นหัวหน้าแผนกการพยาบาลผู้ป่วยใน
 และปฏิบัติงานแทนผู้จัดฝ่ายการพยาบาล ซึ่งเป็นตำแหน่งสุดท้ายก่อนลาหมาศึกษา



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย