

ภาระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม
Caregiving Burden and Quality of Life Amongst Caregivers of the
Elderly in Nakhon Pathom Province *

สุปราณี แตงวงษ์ **
ดร. กัลยกร ฉัตรแก้ว***
กฤษณารี แย้มเพ็ง****

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างภาระในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านในเขต จังหวัดนครปฐม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 250 ราย เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ วุฒิการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF - THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบไปด้วยประสพการณ์ความเครียด 4 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย (หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

แบบขั้นตอนเพื่อหาอำนาจการทำนายของภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 0.90, S.D. = 0.57$) คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15, S.D. = 0.79$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .154$) และอำนาจในการทำนายของภาระในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากผลการวิจัย ทำให้ได้ข้อสรุปว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการที่อยู่ในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมทั้งจัดอัตราค่าจ้างที่เพียงพอต่อการให้บริการของสถานบริการปฐมภูมิ จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระและผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัวได้

¹ ได้รับความอนุเคราะห์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน
² อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
³ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
⁴ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This research is a descriptive research aimed to study the caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly in Nakhon Pathom province, to study relationships between caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly and the prediction of the caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly. The sample group was composed of 250 primary caregivers of the elderly, and care for the elderly at home in Nakhon Pathom province. The sampling method for this research was purposive sampling. Questionnaires included demographic data such as gender, age, marital status, occupation, education, income, underlying, quality of life instrument WHOQOL – BREF –THAI consisted of two types of the condition such as perceived objective and selfreport subjective and consisted of four elements of quality of life and 26 items, the caregiving burden with chronic disease instrument developed by Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986) consists four elements and 22 items from stress experience of caregiver. Data were analyzed by computer

program using percentage, mean, standard deviation, Pearson' s product moment correlation coefficient and stepwis multiple regression.

The findings showed that overall of the caregiving burden of the elderly was at low level ($\bar{x} = 0.90$, S.D. = 0.57), overall of quality of life was at moderate level ($\bar{x} = 3.15$, S.D. = 0.79), the caregiving burden had relationship with quality of life amongst caregivers of the elderly at mild level of the variance at statistically significant level at .05 ($r = .154$), and caregiving burden was able to predict quality of life with 18.00% of the variance at statistically significant level at .01. This study indicates that the district's health center services nearby the family in the community should develop primary care services to the elderly, such as providing safety environment for the elderly who hardly help themselves, rehabilitation, diagnosis, palliative care, long-term care, including preparing adequate health-care providers to provide services of primary care, support long-term care for the elderly in the family and in the community, to reduce the burden and impact of caregiver and family.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่สังคมต้องให้ความสนใจเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในประเทศไทยซึ่งมีข้อมูลชัดเจนว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นภายในสองทศวรรษข้างหน้าและส่วนหนึ่งมักมี

ปัญหาทางสุขภาพกาย จิต และสังคมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เพราะบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะภายในร่างกายเสื่อมลงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาส ที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.70 โรคเบาหวานร้อยละ 13.30 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.00 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.60 อัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.50 และโรคเมะเร็งร้อยละ 0.50 โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ยกเว้นอัมพาต/อัมพฤกษ์ หากพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุจะพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูงกว่าในเขตเทศบาลเกือบสามเท่า ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูงสุดร้อยละ 33.60 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 23.90 และกรุงเทพมหานครต่ำสุดร้อยละ 9.20 ความเสื่อมสภาพโดยความสูงอายุ นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ที่เรียกกันว่า "ความเปราะบาง" นั่นเอง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนอกจากจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพแล้ว ยังเกิดได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

นอกจากนี้ความเสื่อมของร่างกายยังทำให้ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น ความต้องการพึ่งพาสามารถแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ตามแนวคิดการพึ่งพาตนเองของแอทชลีย์ (Atchley, 1999 อ้างใน ปัญญภัทร ภัทรกัณหากุล, 2544) ดังต่อไปนี้ 1) ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือและดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง 2) ความต้องการพึ่งพาด้านจิตใจ หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ 3) ความต้องการพึ่งพาด้านสังคม หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมและ 4) ความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคมจึงส่งผลกระทบต่อความสามารถคบหาสมาคมกับเพื่อนฝูง รายได้และแบบแผนการดำเนินชีวิต แนวทางหนึ่งในการส่งเสริมความผาสุกของผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมสุขภาพกายจิต และสังคมของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและสนใจใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทำให้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายดีขึ้น มีสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อันจะเป็นการส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ

สังคมไทยเป็นสังคมที่มีการพึ่งพิงกันระหว่างประชากรในแต่ละกลุ่ม กล่าวคือ ประชากรกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นผู้สร้างผลผลิต (Productivity) ให้กับสังคมไทย

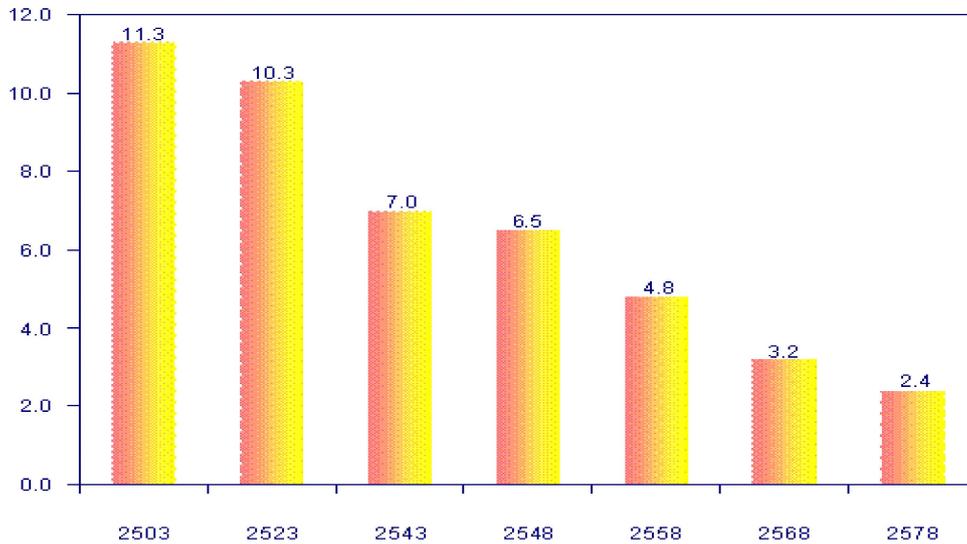
จากโครงสร้างประชากรสะท้อนให้เห็นลักษณะการพึ่งพิงกันระหว่างประชากรกลุ่มอายุต่างๆ เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป ลักษณะการพึ่งพิงกันก็ย่อมเปลี่ยนไปด้วย

อัตราส่วนพึ่งพิงรวม อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กและอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา พ.ศ. 2503 - 2578

ดัชนีอีกตัวหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงอัตราส่วนของจำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ต่อผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 1 คน ได้แก่ "อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ" (Potential support ratio: PSR) แนวความคิดของอัตราส่วนนี้คือ คนในวัยทำงานเป็นผู้ที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ จึงมีความหมายว่าผู้สูงอายุคนหนึ่งจะมีผู้ที่สามารถช่วยเหลือดูแลได้กี่คน โดยแสดงให้เห็นดังแผนภาพ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙



แผนภาพแสดงอัตราการสแกนอายุหกสิบผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2503 - 2578

(ที่มา : ปีทมา ว่าพัฒนาวงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2548)

จากแผนภาพแสดงให้เห็นว่าเมื่อ 40 กว่าปีก่อน ในปี พ.ศ. 2503 อัตราส่วนเกือบทุณผู้สูงอายุสูงมาก คือมีคนวัยทำงานถึง 12 คนที่ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุเพียง 1 คน อัตราส่วนนี้ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องและในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยแต่ละคนจะมีคนวัยทำงานที่อาจจะช่วยในการดูแลเกือบทุณเพียง 2 คนเท่านั้น

จากการที่โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีจำนวนประชากรสูงอายุมากขึ้นส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุในเวลาอันรวดเร็ว และจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่งว่าด้วยเรื่องด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัย สูงอายุที่มีคุณภาพนั้นยังมีงานวิจัยที่ทำการศึกษในเรื่องนี้ไม่มากนักและที่สำคัญประชากรยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับภาวะประชากรสูงอายุ

จากรายงานการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยในรายบุคคล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังและสำนักงานประกันสังคมระหว่าง พ.ศ.2547-พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ไชมันในเลือดสูง ข้อเสื่อม และสมองเสื่อม และเมื่อพิจารณาอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นว่าส่วนใหญ่อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2553) จากสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการสูญเสียสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย จากการที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุในเรื่องของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีข้อจำกัดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยพยาบาล ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแล ในส่วนที่ผู้สูงอายุพร้อมในการดูแลตนเอง ผลกระทบ

ในการพร้อมการดูแลตนเอง ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ต้องให้การรักษาเวลานาน ซึ่งในบางครั้งสุดท้ายอาจไม่สามารถรักษาให้หายได้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยไม่สุขสบาย เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง และอาจก่อให้เกิดความพิการและไร้สมรรถภาพในการเจ็บป่วยบางโรค อีกทั้งเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาท หน้าที่ และภาพลักษณ์ เกิดความท้อถอย ไร้สมรรถภาพ ไร้คุณค่า ทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว และลูกหลาน ตลอดจนเพื่อนร่วมงานเกิดความเครียดที่ต้องปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย โดยบุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ เรียกว่า ผู้ดูแล (Dependent care agent) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแล เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเรียกว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา หากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมา ได้แก่ เป็นภาระที่ต้องดูแล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดบรรยากาศเครียดในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ทำให้มีผลกระทบทางด้านสังคมตามมา เนื่องจากบทบาททางสังคมถูกจำกัด (อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ, 2544)

จากผลกระทบของผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้น อันเกิดจากการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนามากขึ้น อันจะนำไปสู่การรับรู้ภาระของผู้ดูแล โดยไพและคาเปอร์ (Pai & Kapur, 1981) แบ่งภาระในการดูแลของผู้ดูแลออกเป็น 2 ด้านคือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ขนาดความยุ่งยากหรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งมีผลมาจากสถานการณ์ในการดูแลโดยตรง ด้านที่สองคือ

ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก เจตคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มีผลให้ผู้ดูแลรับรู้หรือประเมินว่าสถานการณ์การดูแลเป็นภาระในการดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านอารมณ์จิตใจ สุขภาพร่างกาย สังคม เศรษฐกิจของผู้ดูแล ที่มีผลทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่ความรู้สึกพอใจในชีวิตของผู้ดูแลลดน้อยลง และยังคงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาด้วย

ดังนั้นจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาระหนักในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุได้ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

คำถามการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. ศึกษาอำนาจทำนายภาวะในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

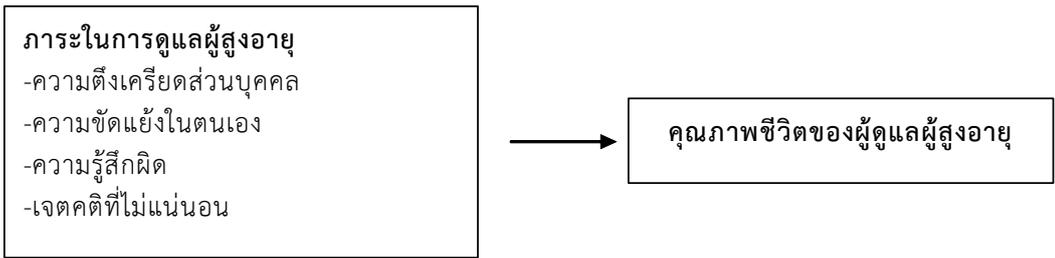
สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยพบว่าการประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Steven, H., Zarit and Judy, M. Zarit (1986) สามารถนำมาประยุกต์

ในการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ตรงกับกลุ่มผู้ดูแล และสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) นอกจากนี้ จากการศึกษาของทามาย และคณะ (Tamayo, et al., 2010) ยังพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้าน และในภาพรวมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ตามแผนภาพกรอบแนวคิดของการวิจัยดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย
(ที่มา : ประยุกต์จาก Steven, H. Zarit and Judy, M. Zarit (1986).

นิยามตัวแปร

ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก รู้สึกเกินกำลังจากสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ดูแลเนื่องจากการทำหน้าที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ใช้ประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่างๆ

ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลของ Steven, H. Zarit and Judy, M. Zarit (1986) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตา ดุชะฎี ทูลศิริ รัชนี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัณ (2554)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ความผูกพันร่างกาย การรับรู้ความผูกพันจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสิ่งคมรอบตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ

ของร่างกาย เจตคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่ตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม (Padilla & Grant, 1985) ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล (2545)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรทั้งสอง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 250 ราย ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอของจังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง : คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านในเขตจังหวัดนครปฐม เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 250 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันและใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุมากที่สุด
 2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้
 3. เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้อย่างเข้าใจ
- ทั้งนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยให้ผู้ดูแลที่มี

คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดมีสิทธิสุ่มเลือกจับฉลากเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ด้วยตนเอง (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบวัด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ วุฒิ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยชนัญชิตาคุณศรี ทูลศิริ และคณะ, 2554) อันประกอบด้วยประสมการวัดความเครียด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนดังนี้ภายหลังได้รับการอนุมัติโครงการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธี การแจกสอบถาม

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

โดยประสานขอความร่วมมือจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครหมู่บ้าน ให้นำคณะผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลตามบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เมื่อไปถึงบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในการทำวิจัยครั้งนี้ หากมีข้อสงสัยในแบบสอบถามคณะผู้วิจัยจะทำการอธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามแต่ละรายประมาณ 30 นาที และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน 7 อำเภอ ของจังหวัด นครปฐม จนครบจำนวน 250 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาให้คณะและประมวลผลนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต

2.1 ให้คะแนนรายข้อในแต่ละข้อคำถาม แล้วแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2.2 จากนั้นวิเคราะห์โดยรวม รายด้าน 4 ด้าน แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับของภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะหนักในการดูแลผู้สูงอายุมาก ปานกลาง และน้อย (สุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล, 2545)

ส่วนที่ 4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ทำอำนาจทำนายระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.00 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.20 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 56.40 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.20 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.20 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.00 ส่วนการได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นด้านค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 69.60

ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวม และรายด้าน อยู่ในระดับน้อยทั้งหมด โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม ($\bar{X} = 0.90$, S.D. = 0.57) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ ในด้านที่ 1 คือ ความตั้งใจเตรียมตัวบุคคล ($\bar{X} = 0.74$, S.D. = 0.53) ด้านที่ 2 ความขัดแย้งในตนเอง ($\bar{X} = 1.01$, S.D. = 0.81) ด้านที่ 3 ความรู้สึกผิด ($\bar{X} = 1.06$, S.D. = 0.78) และด้านที่ 4 เจตคติที่ไม่แน่นอน ($\bar{X} = 0.93$, S.D. = 0.73)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.79) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของคุณภาพชีวิตพบว่า 5 อันดับของคุณภาพชีวิตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ อันดับแรกคือ ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 1.18) อันดับสองคือ ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน

(\bar{X} = 3.60, S.D.= 2.22) อันดับสาม คือ ความรู้สึก
ว่าชีวิตมีความหมาย (\bar{X} = 3.54, S.D.= 1.14) อันดับ
สี่ คือ ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่าง
ที่ผ่านมา (\bar{X} = 3.48, S.D.= 1.03) และอันดับห้า คือ
ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ (\bar{X} = 3.47,
S.D.= 1.13) ส่วนรายชื่อของคุณภาพชีวิตที่มี

ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึก
เหงา เศร้า ทดหู่ ลึนหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่นั้น
(\bar{X} = 2.25, S.D.= 1.00)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล
ผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ	ค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (r)
ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ (โดยรวม)	.154*
ด้านที่ 1 ความตึงเครียดส่วนบุคคล	.059
ด้านที่ 2 ความขัดแย้งในตนเอง	.154*
ด้านที่ 3 ความรู้สึกผิด	.180**
ด้านที่ 4 เจตคติที่ไม่แน่นอน	.151*

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

*Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed)

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาวะในการดูแลผู้สูง
อายุโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 (r = .154)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของภาวะในการดูแล

ผู้สูงอายุ พบว่ามี 3 ด้านที่มีความ สัมพันธ์ทางบวกใน
ระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ด้านความขัดแย้ง
ในตนเอง (r = .154) ด้านความรู้สึกผิด (r = .180)

และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน (r = .151)

ตารางที่ 2 อำนาจทำนายภาวะในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นที่	ตัวพยากรณ์	R	R ²	Adjusted R ²	b	t	Beta	Sig T
1	ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ	.033	.180	.029	2.961	35.696	.180	.000
Constant (a) =		2.961	F = 8.346					

$p < .01$

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวพยากรณ์ คือ ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .180 แสดงว่าภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .154$) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัวที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุพการีของตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.80 โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือเป็นบุตร มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-5 ปี นั้นหมายความว่าผู้ดูแลต้องดูแลทั้งบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุ และในขณะเดียวกันต้องดูแลครอบครัวของตนเองไปด้วย รวมทั้งระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างยาวนานคือช่วง 1-5 ปี ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าหากไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่มีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริณี ศรีหาคาศ โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิต เต็งรัง (2556) ที่ศึกษาเรื่องผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรังก่อให้เกิดภาวะและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมมากกว่าร้อยละ 70.00 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองลงมา คือ อารมณ์ ด้านสังคมพบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย

สมมติฐานที่ 2 ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดภาวะด้านร่างกายแก่ผู้ดูแล ซึ่งความหนักเบาของการดูแลขึ้นกับระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพเดิมของผู้ดูแล ซึ่งภาวะและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ อาการเหนื่อยล้า อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดหลัง ปวดเข่า อาการอ่อนเพลียไม่ได้พักผ่อน พบว่ามากกว่า 1 ใน 5 ของผู้ดูแลมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่ได้พักผ่อน นอนไม่หลับ กินได้น้อย น้ำหนักลด และมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวเดิมมีอาการรุนแรงขึ้นหรือควบคุมไม่ได้ รวมทั้งได้รับบาดเจ็บจากการดูแล (ศิริณี ศรีหาคาศ โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิต เต็งรัง, 2556) ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุแทบทั้งสิ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 10,001-15,000 บาท โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 1-5 ปี ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ควรมีการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลโดยการให้ความรู้และสาธิตการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นคนในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น

2. เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการที่อยู่ในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด เสนอแนะว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมทั้งจัดอัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการให้บริการของสถานบริการปฐมภูมิ จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระและผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัวได้

3. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอยู่ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมบนพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีความแตกต่างและหลากหลาย การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทย ควรมีการออกแบบระบบการดูแล ที่รองรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกประเภท ตั้งแต่สุขภาพดี ช่วยเหลือตนเอง

ไม่ได้ และมีอาการเจ็บป่วยเฉพาะ เพื่อเป็นทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

แม้จะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากในประเทศไทย หากแต่ประเด็นการศึกษาและความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ดูแลและวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุของสังคมไทยในปัจจุบันยังมีจำกัด ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำมาสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยจึงยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการแสวงหาคำตอบในประเด็นต่างๆดังนี้

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

2. ควรมีการติดตามผลกระทบระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- ชนัญชิตา ดุขชัย วีระสิริ รัชนี้ สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). "การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง". *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 4(1) : 62 - 75.
- ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา บุญผาลังษ์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงชัย คุณัญญาวิจิตตระการ. (2553). *บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาวิรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ. (2554). "ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง". *Journal of Nursing Science*. 29 (Suppl2) : 67-74.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยู แอนดีโอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล. (2544). *การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2548). *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548 - 2568*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2549). "อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล". *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 24(3) : 153-161.
- พาริตา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและผู้ดูแล*. ใน พาริตา อิบราฮิม (บรรณาธิการ), *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและผู้ดูแล*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญ-พาณิชย์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). "ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย". *รามารบิตพยาบาลวารสาร*. 2(1) : 84-93.
- รุ่งนภา เขียวฉะอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศากุล ช่างไม้ และคณะ. (2554). *ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ*. รายงานการวิจัย. นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม.
- ศิราณี ศรีหามาศ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิตร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. รายงานผลการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยสาธารณสุข. (2550). *การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- สถิติข้อมูลจังหวัดนครปฐม. (2550). *จำนวนประชากรจำแนกตามหมวดอายุ เพศ พ.ศ. 2548* จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : ฝ่ายทะเบียน.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร.วิศิษฐ์สิน.
- สุปราณี แดงวงษ์. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสังคมพหุวัฒนธรรม*. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม.
- สุพรรณษา วังคีรี. (2552). *บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก.

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ. 2545. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2557 จาก , <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2557 จาก , http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-1-1.html .
- อรนุช ธรรมสอน และคณะ. (2546) . "ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายและปัจจัยด้านประชากรที่เกี่ยวข้อง". วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 23(3) : 1-15.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร และคณะ. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Brown, P. L. (1991). "The burden of caring for a husband with alzheimer's disease". *Home Healthcare Nurse*. 9(3) : 33-38.
- Bull, M. J. (1990). "Factors influencing family caregiving burden and health". *Western Journal of Nursing Research*. 12(3) : 758-776.
- Gaynor, S. E. (1990). "The long haul : the effects of home care on caregivers". *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 22(1) : 208-212.
- Kamel, A.A., Bond, A.E., and Froelicher, E.S. (2012). "Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke". *International journal of nursing practice*. 18(2) : 147-154.
- Klein, S. (1989). "Caregiver burden and moral development". *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 21(2) : 94-97.
- Kosberg, J. C., Cairl, K., & Keller, D. M. (1990). "Components of burden: Interventive Implication". *The Gerontologist*. 30(1) : 236-242.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). "Measuring caregiving appraisal". *Journal of Gerontology*. 44(2) : 61-67.
- Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 613-619.
- Matthis, E. J. (1991). Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. *Home Healthcare Nurse*, 9(3): 23-25.
- Miller, B., McFall, S., & Montgomery, A. (1991). "The impact of elder health, caregiver involvement, and global stress on two dimensions of caregiver burden". *Journals of Gerontolog*. 16(1) : 9-19.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). "Ceregiving and the experience of subjective and objective burden". *Family Relation*. 34(2) : 19-26.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). "Measurement and the analysis of burder". *Research on Aging* . 7(1) : 137-152.

- Padilla, G.V. & Grant, M. (1985). "Quality of life as a cancer nursing outcome variable". *Advances in Nursing Science*. 8(1) : 45-60.
- Poulshock, S.D., & Demling, G.T. (1984). " Families caring for elders in residence: Issue in measurement of burde"r. *Journals of Gerontology*. 39(2) : 230-239.
- Reinhard, S. C. (1994). "Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden". *Research in Nursing & Health*, 17(3), 79-88.
- Steven, H. Zarit and Judy, M. Zarit (1986). "Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study". *Gerontologist*. 26(2) : 260-266.
- Tamayo, S.E., et al. (2010). WCaregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver". *Age and Aging*. 32(2) : 218-223.
- Tessler, R. C., Killian, L. M., & Gubman, G. (1987). "Stages in family response to mental illness: An ideal type". *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 10(4) : 3-16.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). "The burden of families coping with the mentally ill: An invisible cries". *Family Relations*. 31(1) : 379-388.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Russo, J. (1991). " Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia". *The Gerontologist*. 31(2) : 67-75.

