

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย
การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย
การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ทำโดย เกตุกราย.....

พารุณี เกตุกราย

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ดร.สุปรีดา มั่นคง

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ ดร.ม.ร.ว. ชัยฉูธรรม สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย
การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
วันที่ 12 เดือนเมษายน 2550

.....
พญ. เกตุกราย

พญ. เกตุกราย

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ ดร. ชุณหะวัณ

ค.ม.(จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

Ph.D. (Gerontological Nursing)

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานสอบวิทยานิพนธ์

.....
ดร. สุปรีดา มั่นคง

ดร. สุปรีดา มั่นคง

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ ดร. ม.ร.ว. ชัยณูสร สวัสดิวัตน์

ศาสตราจารย์ ดร. ม.ร.ว. ชัยณูสร สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ดร.สุปรีดา มั่นคง กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ และผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ดร.ณิ ชนหะวัด และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์

ขอขอบคุณ ครู/อาจารย์ โรงเรียนมัธยมในสังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเขต 1 และ 2 ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่ขาดไม่ได้ขอขอบคุณ ครู/อาจารย์ ที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยทุกท่านที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และตลอดเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านประจำหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SIC) โรงพยาบาลรามารับดี ที่ให้ผู้วิจัยได้ใช้เวลาศึกษาต่อ และมีเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจ ต้องขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโท โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน และเพื่อน ๆ นักศึกษาพยาบาลปริญญาโท รหัส 45 และ 46 ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณคุณยายผู้เป็นแรงบันดาลใจให้ทำวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่คอยให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และเอาใจใส่ดูแลอย่างดีมาตลอด และขอขอบคุณ คุณสิทธิชัย วงษ์ศรี ผู้คอยให้กำลังใจ ห่วงใย จนกระทั่งวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

พารุณี เกตุกราย

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVING BURDEN, SELF-CARE ACTIVITIES, AND NEEDS OF SUPPORT OF WORKING CAREGIVERS)

พารุณี เกตุกราย

4536557 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing),
สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโอเบิร์ตเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านโดยเป็นครู/อาจารย์ โรงเรียนมัธยม เขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครเขต 1 และ 2 จำนวน 95 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดภาระการดูแล แบบรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบรรยายวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภาระการดูแล การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล ($r = .52, p < .01$) การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลและความต้องการการช่วยเหลือ ($r = -.60, r = -.54; p < .01$ ตามลำดับ) เหตุผลของความ ต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ขาดข้อมูลที่จำเป็น เป็นต้น ญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมบริการที่ดีและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และต้องการความเข้าใจจากผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน ผลด้านบวกที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้แก่ การได้ทดแทนบุญคุณ มีความสุขใกล้ชิดผูกพันและได้รับความรู้ ผลด้านลบได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ภาระทางการเงินและขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่บุคลากรทางการแพทย์ควรจะแนะนำญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลและความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ: ภาระการดูแล / การดูแลตนเอง / ความต้องการการช่วยเหลือ / ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVING BURDEN, SELF-CARE ACTIVITIES, AND NEEDS OF SUPPORT OF WORKING CAREGIVERS

PARUNEE KEATKRAI 4536557 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISOR: YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING), SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING)

ABSTRACT

The purposes of this descriptive correlation study were to explore the relationship among caregiving burden, self-care activities, and needs of support among working caregivers. Orem's Theory and the concept of caring with chronic illness patients (Oberst, 1991) were used to guide the study. The purposive samples consisted of 95 teachers, who had been taking care of chronic ill family member and had worked full time in schools in Bangkok from February to August 2006. Questionnaires used for data collection were: Demographic Data Form, Caregiving Burden Scale Form, The Working Caregivers's Self Care Activity Measurement Form, and The Needs of Support in Caring of Working Caregiver Form. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient and the qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results revealed that the working caregivers had moderate caregiving burden, self-care activities and needs of support. Pearsons' correlation showed that caregiving burden was positively correlated to needs of support ($r=.52$, $p<.01$). Self-care activities was negatively correlated to caregiving burden and needs of support ($r=-.60$, $r=-.54$; $p <.01$, respectively). In addition, the reasons for needs of support included lack of knowledge, skill, and information, and role conflict. Working caregivers would like to have humanized services from health care professionals. Working caregivers experienced both positive and negative consequences of their role as caregiver. Positive consequences included demonstrations of gratitude for their parents, feeling happy, bonding in relationships and gaining knowledge. There were many negative consequences such as health problems, emotional instabilities, financial burdens, and conflict with others.

Based on these findings, it is recommended that health care professionals should empower working caregivers to maintain their own optimal health, and to balance their own self-care and their caregiving responsibilities. The identified needs of support can provide useful information for developing programs to promote caregivers' health and adaptation.

KEY WORDS: CAREGIVING BURDEN / SELF-CARE ACTIVITIES /
NEEDS OF SUPPORT/ WORKING CAREGIVER

157 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	5
- วัตถุประสงค์การวิจัย	7
- สมมติฐานการวิจัย	7
- ขอบเขตการวิจัย	7
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
- นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
- แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล	9
- ภาระในการดูแล การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
- ความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
- สรุปสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
- ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	28
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
- ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	28
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
- การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	36
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
- การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
- ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	39
- ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย	42
- การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	51
- ความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	55
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	64
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	66
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
- สรุปผลการวิจัย	82
- ข้อจำกัดในการทำวิจัย	85
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	85
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	87
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	106
บรรณานุกรม	125
ภาคผนวก	136
ประวัติผู้วิจัย	157

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	40
2. ลักษณะทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	42
3. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การใช้เวลา ความยากลำบาก และการรับรู้ภาระในการดูแลรายชื่อของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	43
4. จำนวน ร้อยละของผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติผู้ดูแล	50
5. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	52
6. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	53
7. ร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล	53
8. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของญาติผู้ดูแลที่มีความต้องการช่วยเหลือระดับ 3 ขึ้นไป จำแนกตามรายชื่อ	56
9. จำนวน ร้อยละของเหตุผลที่ญาติผู้ดูแลระบุเมื่อความต้องการการช่วยเหลือมีคะแนน ตั้งแต่ระดับ 3 หรือมากกว่า	60
10. จำนวน ร้อยละ ของความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ ของญาติผู้ดูแล	64
11. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	65
12. วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	65

สารบัญรูปภาพ

แผนภูมิที่

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย
2. แสดงบทบาทของผู้ดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย

หน้า

7

20



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าแนวโน้มของจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2548 พบว่า ประชากรประเทศไทยที่มีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัวมีถึง 10,124,779 คน หรือร้อยละ 15.5 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550ก) และจากสถิติในประเทศไทยจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 133,245 เตียง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550ข) ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับประชากรที่เจ็บป่วยและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือวิกฤตจึงต้องกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน ประกอบกับนโยบายการเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษามิได้อยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น ส่งผลให้แนวโน้มของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่บ้านมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84) ซึ่งพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคจะเป็นตัวกำหนดความต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้ยังสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จากปรากฏการณ์นี้จะเห็นว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบกับบุคคลครอบครัว และสังคม เพราะความเจ็บป่วยจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ทั้งหมด ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นทั้งในการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2537: 137)

โอเร็ม (Orem, 2001: 253-287) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอันเป็นกระบวนการของชีวิต ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ส่วน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เมื่อใดที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวคนอื่นที่ไม่ได้เจ็บป่วยก็จะถูกกระทบไปด้วย เมื่อภาวะเจ็บป่วยหรือความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของโรคมียากขึ้น อาจทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นบทบาทของญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงเริ่มมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเองใน

กิจกรรมต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family Caregiver) จึงกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่น่าสนใจอีกกลุ่มหนึ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพที่ควรให้ความสำคัญ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84)

โครงสร้างของสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตที่ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นทั้งในเขตเมืองและในชนบท ครอบครัวประเภทครอบครัวเดี่ยวเป็นครัวเรือนที่มีมากที่สุดในปัจจุบันร้อยละ 53.2 โดยลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวเดี่ยวมีรูปแบบที่แตกต่างกัน เป็นครัวเรือนที่อยู่กันตามลำพังสามีและภรรยา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 12.5 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 13.9 ในปี 2547 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) โครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต สถานภาพ บทบาท และค่านิยมของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป ในสังคมเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก มีอาชีพที่หลากหลาย มีการศึกษาและรายได้สูง และมีมาตรฐานการครองชีพสูงเช่นเดียวกัน ส่งผลให้ครอบครัวในเขตเมืองมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวมีอิสระมากขึ้น โดยหญิงขามีสิทธิเท่าเทียมกัน ต่างคนต่างเป็นแหล่งทรัพยากร และต่างช่วยกันหาหาเงินจือครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีการไปประกอบอาชีพนอกบ้านเพิ่มขึ้น (อนุชาติ บุนนาค, 2550) จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของประเทศไทยในปีพ.ศ.2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550ค) พบว่า ในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนของผู้มีงานทำถึงร้อยละ 56.4 และผู้มีงานทำมีชั่วโมงการทำงาน 40-49 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีถึงร้อยละ 51.6 และมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีถึงร้อยละ 35.4 ซึ่งถือว่าเป็นปริมาณที่ค่อนข้างมาก และอาจทำให้ผู้มีงานทำมีเวลาเป็นส่วนตัวและครอบครัวลดลง

จากสถานการณ์แนวโน้มของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลอื่นในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือดูแล เพราะครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันทางสังคม มีหน้าที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบช่วยเหลือสมาชิกในยามที่ประสบปัญหาหรือเดือดร้อน ซึ่งหมายรวมถึงแนวคิดและความรู้เกี่ยวกับการบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรคหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจึงจัดว่ามีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวโดยตรง (มัลลิกา มดีโก, 2530 อ้างในนิลรัตน์ วัชรภิชชาติ, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนสะท้อนถึงความคาดหวังทางสังคมต่อการรับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาญ, 2539; จอม สุวรรณโน, 2540; จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2537; ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2535; นมิตา ล.สกุล, 2544; เพียงใจ ดิระไพรวงศ์, 2540; เพ็ญกลดา เกนไชยวงศ์, 2539; วิทยาารณ ชะอุ่ม, 2536; วันดี โดสุขศรี, 2540; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; อรทัย โสมนรินทร์, 2538; Hanprasitkam J., 2000; Matayamool C., 2003; Niyomthai N., 2002; Papangkorn

R., 2003; Pichaimongkol U., 2001; Prapasuchat J., 2002; Wongjunlongsin S., 1999; Yothayai C., 2004) และรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศ (McCarty & Drebing, 2003; Mittelman, et al., 2004; Sirapo-ngam Y., 1994; Ward-Graffin, 2004) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร คู่สมรส บิดามารดา ซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลบิดา มารดาผู้สูงอายุ หรือบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาความพร่องทางร่างกาย อารมณ์และการรู้คิด ซึ่งจากงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่อธิบายการที่ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่หลายบทบาท เช่น บทบาทของการเป็นบิดามารดาที่ต้องดูแลบุตรและบิดามารดาของตนเองไปพร้อมกัน อีกทั้งต้องคอยดูแลงานประจำของตนเอง จึงมีคำเรียกบุคคลเหล่านี้ว่าเป็น “Sandwich Generation” (Buffardi, Smith, O’Brien, & Erdwins, 1999; Dautzenberg, Diederiks, Philipsen, & Stevens, 1998; Spillman & Pezzin, 2000) ดังนั้นการต้องรับบทบาทเป็นทั้งญาติผู้ดูแลและต้องทำงานนอกบ้าน (Working Caregiver) การทำหน้าที่หลัก 2 ประการ คือบทบาทที่ต้องดูแลบุคคลอื่นและบทบาทการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการดูแลตนเอง การบริหารเวลา หน้าที่การงาน การเข้าสังคม การมีอิสระและมีเวลาส่วนตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และวางแผนการจัดการกับกิจกรรมการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น จึงนับเป็นภาระหนักเพิ่มขึ้นที่มีผลกระทบโดยตรงต่อญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลนั้นมีทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบ ซึ่งผลกระทบทางบวกจากการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (นงลักษณ์ พินชมพู, 2540; นิรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; เพ็ญใจ ตรีไพรวงศ์, 2540; Kespichayawattana J., 1999; Yothayai C., 2004) เช่น รู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญูทดแทนเวทียา มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น มีความสุขในการดูแลบุคคลอื่น ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยความเต็มใจ สำหรับผลกระทบทางด้านลบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางกาย ความเครียดทางจิตใจ ภาวะทางเศรษฐกิจ (Johnson et al., 2001; Prawtaku S., 2006; Saengratsamee A., 2004; Yothayai C., 2004) ญาติผู้ดูแลเหล่านี้มีบางส่วนที่ต้องทำงานนอกบ้านด้วย ดังนั้นอาจเกิดความเครียดจากงานประจำที่ทำอยู่ และเมื่อต้องกลับบ้านต้องรับบทบาทหน้าที่ของการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น และนอกจากการที่ต้องปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ แล้วยังต้องดูแลตนเองพร้อมทั้งพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยไปพร้อม ๆ กันเพื่อให้สามารถปรับตัวกับ

สถานการณ์แวดล้อมอย่างเหมาะสมซึ่งอาจต้องการความช่วยเหลือในการดูแล ความเข้าใจ เห็นใจจากบุคคลรอบข้าง

งานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทยได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปริมาณความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในสังคมไทยมีเพิ่มมากขึ้น ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ได้สำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทยที่ทำการศึกษาศึกษาโดยพยาบาล ซึ่งรวมถึงญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยวัยเด็ก ได้แก่ บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจเป็นกลุ่มสมรสบุตร ญาติ สมาชิกในครอบครัว พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลจำนวนทั้งสิ้น 80 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงบรรยายจำนวน 63 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลจำนวน 17 เรื่อง สำหรับประเด็นในการศึกษาเชิงบรรยายในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ ปัญหาความต้องการและผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแลและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น งานวิจัยส่วนใหญ่จะค้นหาญาติผู้ดูแลจากกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพิงมาก่อน และไม่มีการกำหนดคุณลักษณะที่เฉพาะเจาะจงให้กับญาติผู้ดูแลทำให้คุณลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่พบในงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน และส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันที่ไม่ต้องประกอบอาชีพหรือมีงานประจำ แต่ก็มีญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่ต้องประกอบอาชีพหรือมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ต้องพิจารณาจากผู้มีงานทำประจำนอกบ้านและเป็นเพศหญิงซึ่งเป็นคุณลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล อาชีพของผู้มีงานทำที่เป็นเพศหญิงนั้นมีหลากหลายอาชีพ เช่น พนักงานบริการ เสมียน แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เกษตรกร/อาจารย์ เป็นต้น หากบุคคลในอาชีพเหล่านี้ต้องเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยและต้องทำงานนอกบ้านไปพร้อมกัน ถ้าลักษณะการปฏิบัติงานเป็นผลัดเช่น ผลัดเช้า บ่าย ดึก ก็ทำให้ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเหล่านั้นสามารถผลัดเปลี่ยนกับบุคคลอื่นในครอบครัวในการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ แต่ถ้าลักษณะการปฏิบัติงานต้องทำงานตามเวลาเข้า-ออกงานตามเวลาที่กำหนดไว้เฉพาะในช่วงเวลากลางวัน เช่น อาชีพ ครู/อาจารย์ อาจทำให้บุคคลเหล่านี้ต้องรับภาระที่เกิดจากการทำงาน และการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ได้ ขณะนี้ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ดังนั้นผู้วิจัยสนใจจึงเป็นกลุ่มประชากรที่ทำงานประจำนอกบ้านโดยเฉพาะอาชีพครู/อาจารย์ และขณะเดียวกันยังให้การดูแลญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

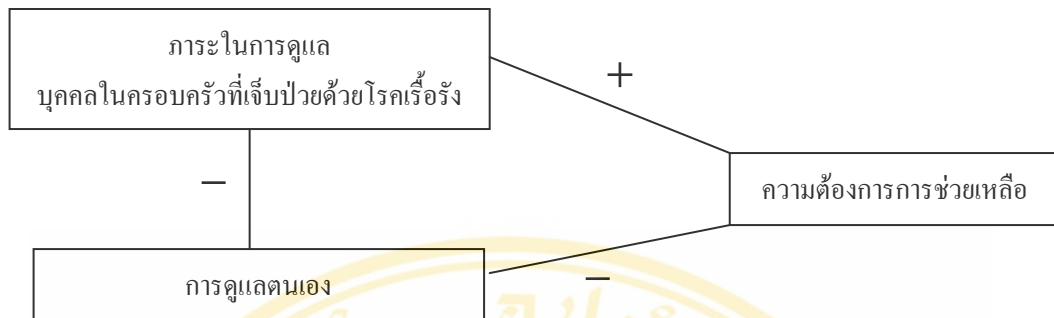
กรอบทฤษฎี

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory)(Orem, 2001: 225-252) ซึ่งกล่าวถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) หมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายใต้ระยะเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ การพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะเป็นเกณฑ์ในการประเมินบุคคลว่ามีความสามารถที่จะทำกิจกรรมใดได้ด้วยตนเองบ้าง และโอเร็ม (Orem, 2001: 253-287) กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นมโนคติ (Concept) ที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอันเป็นกระบวนการของชีวิต การดำรงไว้หรือสนับสนุนความสมบูรณ์ของโครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของมนุษย์ และการมีความสุขในชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นของเฉพาะบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงตามตัวแปรเช่น ภาวะสุขภาพ การศึกษา ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรม เป็นต้น ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ส่วน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

นอกเหนือจากแนวคิดด้านการดูแลตนเองแล้ว ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งโอเบิร์ส (Oberst, 1991) กล่าวว่าในสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวจะประเมินว่า คุณคาม เป็นความเครียด หรือมีผลดี (Oberst, 1991 อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536: 9) ซึ่งการประเมินว่า คุณคาม เป็นการคาดเดาว่าสถานการณ์ของการดูแลจะมีผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคต ส่วนความเครียดเป็นการประเมินว่า ได้เกิดผลต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตขึ้นแล้ว (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536: 9) หากญาติผู้ดูแลมีศักยภาพหรือมีความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเพียงพอ ญาติผู้ดูแลก็จะรับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดังกล่าวได้โดยไม่ต้องใช้เวลาามาก ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ต้องแสวงหาความช่วยเหลือหรือความต้องการในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ในทางตรงข้ามหากญาติผู้ดูแลไม่มีศักยภาพในการดูแลหรือมีความสามารถในการดูแลไม่เพียงพอ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยแล้ว ญาติผู้ดูแลอาจประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็น ภาระในการดูแล (Caregiving burden) ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแล ในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การสนองตอบความต้องการส่วนบุคคล และการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในเรื่องอื่นของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นภาระที่หนักและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการบริหาร

เวลา หน้าที่การงาน ภารกิจในสังคม เวลาส่วนตัว ภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันเต็มไปด้วยความรีบเร่ง ซึ่งแนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง คือเป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative) ปรับเปลี่ยน (transitional) และลงมือปฏิบัติ (productive operation) เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังจะต้องมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล (Orem, 2001: 284-287)

การที่บุคคลในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล หากบุคคลนั้นประเมินสถานการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่าเป็นภาระในการดูแล อันเป็นภาระที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในชีวิต ทำให้ต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และยังต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการให้บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เป็นบางส่วนหรือทั้งหมดพร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงระบบของการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ให้เป็นผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ภายใต้ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบอยู่รอบตัวญาติผู้ดูแล การกระทำบทบาททั้งสองอย่างไปพร้อมกันและอาจมีบทบาทอื่นที่ญาติผู้ดูแลนั้นต้องคงอยู่ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลตนเองซึ่งสามารถวัดได้จากความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หากความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นมาก อาจส่งผลต่อการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในขณะที่ต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ และอาจส่งผลต่อการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแล ดังนั้นการแสวงหาความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ นั้นอาจทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง และบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความต้องการความช่วยเหลือดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลแล้ว ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลนั้นมีการดูแลตนเองที่ดีเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดในที่สุด ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เป็นแผนภูมิดังต่อไปนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
2. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

สมมติฐานงานวิจัย

1. ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
2. ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
3. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานประจำนอกบ้าน มีอายุระหว่าง 20-60 ปี มีอาชีพเป็นครู/อาจารย์ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 และ 2 กระทรวงศึกษาธิการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 31 สิงหาคม 2549

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่องค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ได้รับทราบถึงภาระในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้บริหารและผู้ร่วมงานเข้าใจญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมากขึ้น สามารถเป็นข้อมูลให้องค์กรในการกำหนดนโยบายเชิงสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคคลที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านได้

นิยามตัวแปร

ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงเวลาที่ใช้และความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติ การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งวัดโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของโอเบิร์ต (Caregiving Burden Scale: CBS) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) โดยที่คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลมาก ส่วนคะแนนน้อยหมายถึงญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระน้อย

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ข้อคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand) การดูแลตนเองนั้นวัดจากความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หากญาติผู้ดูแลไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ดีในขณะที่ต้องดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วย ซึ่งคะแนนการดูแลตนเองที่มาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ดี คะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองน้อย

ความต้องการการช่วยเหลือ หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือ ความร่วมมือ การรับฟังและแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านได้รับความหวังใจ ความเข้าใจและสามารถดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ต่อไป ซึ่งความต้องการการช่วยเหลือวัดได้จากแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินนั้นครอบคลุมความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และความต้องการความเข้าใจและความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยที่คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมาก คะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านไม่ต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ภาระในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมจึงประกอบไปด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน
2. ภาระในการดูแล การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ญาติผู้ดูแลหรือญาติผู้ดูแลที่บ้าน จากศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในการเขียนบทความ และรายงานการวิจัยต่างประเทศคือ “Family caregiver” หรือ “Informal caregiver” หรือ “Informal carer” ซึ่งมีผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความไว้หลายท่าน เช่น เดวิส (Davis, 1992: 2) ได้ให้ความหมายไว้ว่าบุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง แต่มีความสำคัญในการดูแลผู้ซึ่งเจ็บป่วย อ่อนแอ หรือต้องการการพึ่งพาที่บ้านหรือในชุมชน นอกจากนี้ มินท์ (Mintz, 2002) ยังกล่าวว่าญาติผู้ดูแลนั้นหมายถึงบุคคลผู้ซึ่งให้การดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รัก นอกเหนือจากความรับผิดชอบต่อครอบครัว ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539: 86) ได้สรุปลักษณะสำคัญของญาติผู้ดูแลที่ปรากฏในวรรณกรรมทางการพยาบาลไว้ดังนี้

1. ญาติหรือบุคคล อาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิต
2. ผู้รับการดูแล (Care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่ภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญาการรู้คิดตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือโดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

นอกจากนี้ ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้านยังจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึงผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ในขณะที่ ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) จะเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น โดยอาจช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่

ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546: 2)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนสะท้อนถึงความคาดหวังทางสังคมต่อการรับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีการศึกษาต่าง ๆ มากมายในสังคมไทย (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาญ, 2539; จอม สุวรรณโน, 2540; จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2537; ชนิดา มณีวรรณ และคณะ, 2535; นมิตา ล.สกุล, 2544; เพียงใจ ศิริไพรวงษ์, 2540; เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์, 2539; วันดี โตสุขศรี, 2540; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; อรทัย โสมนรินทร์, 2538; Hanprasitkam J., 2000; Matayamool C., 2003; Niyomthai N., 2002; Papangkorn R., 2003; Pichaimongkol U., 2001; Prapasuchat J., 2002; Wongjunlongsin W., 1999; Yothayai C., 2004) และต่างประเทศ (McCarty & Drebing, 2003; Mittelman et al., 2004; Sirapongam Y., 1994; Ward-Graffin, 2004) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร คู่สมรส บิดามารดา ซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลบิดา มารดาวัยสูงอายุ หรือบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาความพร้อมทางร่างกาย อารมณ์และการรู้คิด ซึ่งจากงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่อธิบายถึงผู้หญิงที่เป็นญาติผู้ดูแลและทำหน้าที่หลายบทบาท เช่น บทบาทของการเป็นมารดาที่ต้องดูแลบุตรและบิดามารดาไปพร้อมกัน อีกทั้งต้องคอยดูแลงานประจำของตนเอง จึงมีคำเรียกบุคคลเหล่านี้ว่าเป็น “Sandwich Generation” (Buffardi, Smith, O'Brien, & Erdwins, 1999; Dautzenberg, Diederiks, Philipsen, & Stevens, 1998; Spillman & Pezzin, 2000)

การตัดสินใจเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลในเชิงสังคมที่สลับซับซ้อน เกี่ยวกับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน มีการอ้างแนวคิดทางจิตวิทยาสังคมที่ศึกษาการช่วยเหลือกันในสังคมมนุษย์ ซึ่งแรงจูงใจ (Motivation) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล แรงจูงใจแบ่งเป็น 2 ประเภท (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; Piferi, Jobe, & Jones, 2006) ประเภทแรกคือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งแรงจูงใจนี้คาดหวังว่าจะได้รับรางวัลเป็นการตอบแทน อาจเป็นค่าจ้าง ค่าชม หรืออาจป้องกันคำครหาจากบุคคลอื่นหรือความรู้สึกผิดหากไม่ช่วยเหลือเป็นต้นซึ่งเรียกว่า “Egoistic motivation” ประเภทที่สองคือ แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสาร เห็นใจ เข้าใจความยากลำบากของผู้อื่น ซึ่งมุ่งเน้นการเกิดประโยชน์ให้กับผู้ที่ได้รับการดูแลมากกว่าผู้ให้การดูแล เรียกแรงจูงใจนี้ว่า “Altruistic motivation” ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้น ญาติผู้ดูแลอาจมีแรงจูงใจทั้ง 2 ประเภทสลับสับเปลี่ยนไปในแต่ละระยะของการให้การดูแลผู้ป่วย กล่าวคือในระยะเริ่มแรกของ

ผู้ให้การดูแลอาจทำไปเพราะมีความสงสาร เห็นใจ แต่เมื่อให้การช่วยเหลือไประยะหนึ่งอาจทำไปเพื่อป้องกันคำครหา ถ้าไม่ให้การช่วยเหลืออาจรู้สึกผิด หรือต้องการสิ่งตอบแทนเป็นต้น

ลักษณะเฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรมของไทย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ยกย่องผู้ที่เสียสละและอุทิศตนเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่อ่อนแอกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เป็นสมาชิกภายในระบบเครือญาติเดียวกัน ถือเป็นหน้าที่หนึ่งที่สมาชิกพึงปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า กลุ่มสมาชิกเพศหญิงได้รับการเน้นในเรื่องของการมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการครอบครัวด้านงานบ้านเป็นสำคัญ ซึ่งครอบคลุมถึงการปรนนิบัติเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้น (นิลรัตน์ วัชรากิจาต, 2543: 50) นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับกตัญญูทวดเทวีหรือบุญคุณ ยังมีอยู่มากในสังคมไทยที่เป็นชาวพุทธ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีราพร เกศพิชญวัฒนา (Kespichayawattana J., 1999) โดยการศึกษามีจุดประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของค่านิยมวัฒนธรรมไทย ในเรื่องกตัญญูทวดเทวีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วย เป็นศึกษาจากความเห็นมุมมองของครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรจำนวน 15 คนที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยในครอบครัว พบว่า มโนคติ (concept) ของความกตัญญูทวดเทวีในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยประกอบไปด้วย 3 ส่วน อันได้แก่ บุญคุณของบิดามารดา (bun khun of parents) หมายถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดผลที่ดีที่บิดามารดาทำให้อะไรหรือมีให้กับบุตร กตัญญู (Katanyu) หมายถึง ความรู้สึกขอบคุณที่มีให้กับบิดามารดา และ กตเวทิตะ (Katavedi) คือ การตอบแทนบุญคุณที่บุตรพึงควรกระทำเพื่อตอบแทนบิดามารดา โดยทั้ง 3 ส่วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มโนคติของความกตัญญูทวดเทวีเป็นค่านิยมที่ครอบครัวไทยยอมรับและดำรงไว้ซึ่งการดูแลบิดามารดาในครอบครัวไทยอีกด้วย

เมื่อเกิดสถานการณ์ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว บุคคลในครอบครัวจะมีความพร้อมที่จะให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย อย่างไรก็ตามจากปรากฏการณ์ดังกล่าว พบข้อสังเกตที่น่าสนใจว่า หากจำนวนคนที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นมีมาก แต่คนที่ลงมือช่วยเหลือจริงกลับมีน้อยหรือไม่มีเลย หรือที่เรียกว่า “Bystander effect” (Schulz, et al., 1989 อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541: 150-152; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งสามารถพบได้เมื่อต้องกำหนดบุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในรายที่มีญาติหลายคน แต่ไม่สามารถหาผู้ดูแลได้ เนื่องจากแต่ละคนต่างรู้สึกว่าการรับผิดชอบนั้นไม่ได้เป็นของตนแต่กระจายอยู่กับทุกคน

การรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลนั้น กล่าวได้ว่าเป็นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติอยู่ เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการให้การช่วยเหลือของผู้ดูแลแบ่งเป็น 4 รูปแบบ (Horowitz, 1985 อ้างใน Davis, 1992: 2-3) ได้แก่

1. การให้การดูแลโดยตรง เช่น กิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ อาบน้ำ ป้อนอาหาร จับถ่าย เป็นต้น รวมถึงการเดินทาง งานบ้าน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา
2. การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น ความถี่ของการพาผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม เพื่อการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในสังคม
3. การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถาบันบริการทางสุขภาพ เช่น ช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย
4. การให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน (financial assistance)

จากกิจกรรมการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาแล้ว ญาติผู้ดูแลยังมีชีวิตส่วนตัว รวมทั้งภาระงานเดิมที่ตนเองต้องรับผิดชอบอยู่ ทำให้มีภาระงานมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุของความเครียดจากการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ได้แก่ ความเครียดที่มีสาเหตุจากการให้การดูแลโดยตรง (primary stressor) คือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุความพร่องทางร่างกาย ความคิด สติปัญญา ความต้องการส่วนบุคคล และความเครียดที่เป็นผลที่ตามมาจากการให้การดูแลที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแล (secondary stressor) เช่น ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และต้องใช้เวลาให้การดูแลมาก ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาสำหรับประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำบทบาทตามหน้าที่ของตนเองได้ลดลง เป็นต้น นอกจากนี้สาเหตุของความเครียดในญาติผู้ดูแลอาจเกิดได้จากความไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ของตน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาวะที่ต้องตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และความต้องการที่ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก (รุจา ภูไพบูลย์, 2535)

ปัจจัยภายในและภายนอกของแต่ละบุคคลที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ในเรื่องเกี่ยวกับเพศที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่เป็นวัยกลางคน และความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยเป็นบุตร สามีหรือภรรยา หรือเป็นบิดามารดา และการประกอบอาชีพซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่กับบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ประกอบอาชีพ มีงานประจำทำ วัฒนธรรมของไทยเกี่ยวกับการที่ผู้หญิงต้องรับบทบาทเป็นแม่บ้าน เป็นผู้ให้การดูแลบุคคลในบ้านที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน และปัจจุบันภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ผู้หญิงจำนวนไม่น้อยที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน แต่ก็ยังไม่สามารถลดหรือเลิกการดำรงบทบาทของแม่บ้านหรือผู้ให้การดูแลบุคคลในบ้านนี้ออกไปได้ นอกจากนี้วัฒนธรรมไทยยังมีความเชื่อเกี่ยวกับความกตัญญูตอเวทียหรือบุญคุณยังมีอยู่มากในสังคมไทย ดังนั้นเมื่อมีบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

ต้องการการดูแลจากบุคคลในครอบครัว จึงกลายเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องเข้ารับ
บทบาทการเป็นผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ภาระในการดูแล การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาระการดูแล (Caregiving Burden)

ในอดีตได้มีการศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้
เกิดมุมมองเกี่ยวกับภาระการดูแลกว้างขวางยิ่งขึ้น ซึ่งคำว่า “ภาระ” ตามพจนานุกรมฉบับ
ราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) หมายถึง ของหนัก น้ำหนัก ภาระที่หนัก การงานที่
หนัก หน้าที่ที่ต้องรับเอาไว้ และนักวิชาการต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแล มีการเรียก
ภาระต่าง ๆ กัน เช่น ซาริต รีเวอร์ และแบชปีเตอร์สัน (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) กล่าวว่า ภาระ คือ ขอบเขตการรับรู้ของผู้ดูแลในด้านอารมณ์ ภาวะสุขภาพ ชีวิตสังคมและสถานะ
ทางการเงิน ซึ่งเป็นผลจากการให้การดูแลบุคคลใกล้ชิด มอนท์โกเมอรี กอนเยีย และโฮย์แมน
(Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ได้ให้ความหมายของ ภาระของผู้ดูแลว่า ภาระเป็นการ
รับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเคียดแค้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระของผู้ดูแล
เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของ
ผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย
(Subjective burden) เป็นความรู้สึกปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์
ดูแล บูล (Bull, 1990 อ้างใน อรรถย ทองเพชร, 2545) ได้ให้ความหมายว่า ภาระ เป็นการตอบสนอง
ต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดของผู้ดูแลและเป็นผลทำให้สุขภาพกาย การทำหน้าที่ และสุขภาพจิตของ
ผู้ดูแลเสื่อมลง นอกจากนี้โอเบิร์ส (Oberst, 1991 อ้างใน อรรถย ทองเพชร, 2545; Carey, Oberst,
McCubbin, & Hughes, 1991) ได้ให้ความหมายของภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลในความ
ต้องการการดูแล และความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล
โดยตรงและกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา จากความหมายของคำ
ว่าภาระการดูแลข้างต้นมีความคล้ายกันพอสรุปได้ว่า ภาระการดูแลเป็นผลของการทำหน้าที่ให้การ
ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงปริมาณเวลาและความยากลำบากในการทำ
กิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งการรับรู้ที่เกิดภาระอาจส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ และ
สังคม

แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลของโอเบิร์ส (Oberst, 1991 อ้างใน อรรถย ทองเพชร, 2545)
กล่าวว่า กิจกรรมการดูแล ในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่มีความแตกต่างกัน ผู้ดูแลต้อง
สนองตอบต่อความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการ

ดูแลของบุคคลตามแนวคิดของโอเบิร์ส แบ่งองค์ประกอบของการดูแลเป็น 3 ด้านคือ 1) การดูแลโดยตรง (direct care) เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน 2) การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เน้นการดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การแสดงความรัก พุดคุย การสังเกตพฤติกรรมรวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และ 3) การดูแลทั่วไป (instrumental care) เน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การบริหารจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล การจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อมารับบริการหรือการเดินทางออกนอกบ้าน และการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ

จากแนวคิดของกิจกรรมการดูแลของบุคคลของโอเบิร์สที่กล่าวมานั้น หากพิจารณาว่ากิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านต้องใช้เวลาและเกิดความยากลำบากในการดูแลมากน้อยแตกต่างกัน ประกอบกับลักษณะกิจกรรมการดูแล ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และศักยภาพของญาติผู้ดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลประเมินว่าศักยภาพที่ตนมีอยู่นั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบได้จะทำให้บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ และมีความรู้สึกยากลำบากที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดังกล่าว ทำให้บุคคลรับรู้ภาระในระดับสูง ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลประเมินว่าศักยภาพของตนมีอยู่นั้นเพียงพอที่จะจัดการกับภาระงานที่รับผิดชอบ ทำให้รู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่ำหรือไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลและสามารถจัดการกับภาระงานในบทบาทผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี

จากที่กล่าวมาข้างต้น หากต้องการประเมินกิจกรรมการดูแลนั้นว่าเป็นภาระการดูแลควรพิจารณาทั้งภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย ซึ่ง โอเบิร์ส (Oberst, 1991 อ้างใน ortsy ทองเพ็ชร, 2545) กล่าวว่า การรับรู้ถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล สามารถสะท้อนภาระการดูแลได้ทั้งเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย และได้พัฒนาจำนวนกิจกรรมที่สามารถวัดภาระการดูแลซึ่งกิจกรรมนั้นครอบคลุมกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้าน และได้สร้างแบบวัดภาระการดูแลเพื่อใช้วัดภาระการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดของโอเบิร์สในการประเมินภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล พบว่าระดับความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล มีระดับคะแนนสูงกว่าระดับความยากลำบากในกิจกรรมการดูแลที่ให้การดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคลและการดูแลทั่วไป ดังเช่นงานวิจัยในต่างประเทศของของแคร์รี่ และคณะ (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991) ศึกษาเรื่องการประเมินสถานการณ์การดูแล ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลจำนวน 49 คน ผลวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ย

ของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลสูงกว่าคะแนนความยากลำบากในการทำกิจกรรม การศึกษาในประเทศไทย เช่น การศึกษาของวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) ได้ศึกษาภาระการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา จำนวน 100 ราย พบว่า กิจกรรมที่เป็นภาระมากที่สุด คือ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ โดยคะแนนการใช้เวลาในการดูแลมีระดับสูงกว่าความยากลำบากในการดูแล และพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไป ($r = -.4, p < .001$) และการศึกษาของเพิงใจ ดิรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาการทำนายภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษากลุ่มญาติผู้ดูแลจำนวน 80 ราย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของปริมาณเวลาที่ใช้มีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากในการดูแล คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ รสติน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ศึกษาภาระการดูแลและความผาสุกในครอบครัวมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน จำนวน 100 ราย พบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระการดูแลมากที่สุด คือการแก้ปัญหาพฤติกรรม ร้องลงมา คือการเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ สำหรับคะแนนการใช้เวลานั้นมีค่าคะแนนสูงกว่าการรับรู้ความยากลำบากในการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรทัย ทองเพชร (2545) ซึ่งศึกษาภาระการดูแลมารดาเด็กออทิสติก โดยศึกษาในกลุ่มมารดาเด็กออทิสติกจำนวน 136 คน ผลการวิจัยพบว่าภาระการดูแลด้านความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และภาระการดูแลด้านความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่มญาติผู้ดูแลที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุตรที่เป็นปัญญาอ่อนหรือออทิสติก ก็มีผลการวิจัยที่ไปในทางเดียวกัน อาจเป็นเพราะใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลแบบเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เสนอถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายถึงภาระการดูแลได้ อันได้แก่ปัจจัยภายนอกและภายในของญาติผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ดังเช่นงานวิจัยในต่างประเทศ จากการศึกษาของแคร์รี่ และคณะ (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991) ศึกษาเรื่องการประเมินสถานการณ์การดูแล ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลจำนวน 49 คน พบว่า อายุ ความเข้มแข็งของครอบครัว ภาระในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ทางลบ การประเมินสถานการณ์อย่างทำทนาย การประเมินสถานการณ์อย่างเป็นมิตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ โดยระดับความพึ่งพาของผู้ป่วยสามารถทำนายความแปรปรวนของภาระในการดูแลได้ร้อยละ 47 และยังพบว่าภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว และภาระในการดูแลสามารถร่วมกันทำนายการประเมินสถานการณ์ทางลบได้ ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของ มอนท์โกเมอรี กอนเยีย และฮูย์แมน (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ

ในการดูแลในกลุ่มบุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 80 ราย พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล ($r = -.32$) นอกจากนี้การศึกษาของเรนฮาร์ด (Reinhard, 1994) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยทางจิตของญาติผู้ดูแล จำนวน 94 ราย พบว่าผู้ดูแลมีระดับภาระการดูแลปานกลาง การช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -.17, p < .05$) การศึกษาของเทนจิและคณะ (Tenji et al., 2005) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงสำหรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลจำนวน 48 คน โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่มีภาระการดูแลสูงและต่ำ พบว่าพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่วัดจากแบบประเมินภาระการดูแลของซาริทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p = .002$) และงานวิจัยในประเทศไทย เช่น การศึกษาเพียงใจศิริไพรวงศ์ (2540) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลักจำนวน 80 ราย พบว่า การวิเคราะห์เพื่อหาตัวทำนายภาระการดูแลแสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถทำนายภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13 ($F_{1,79} = 11.44, p < .01$) และเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ได้ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเฉพาะเชิงปรนัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยแรงสนับสนุนในด้าน การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลทั้งเชิงปรนัยและเชิงอัตโนมัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับแรงสนับสนุนทางด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งทางสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านความมีคุณค่าในตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลทั้ง 2 ประเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าส่วนใหญ่ ความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าความยากลำบากในการดูแล แสดงให้เห็นว่าแม้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลไม่สามารถลดลงได้ แต่ความยากลำบากในการดูแลเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติให้ลดลงได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกของผู้ดูแลเอง ซึ่งสามารถส่งผลไปถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง และคุณภาพของการให้การดูแลได้

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (Working caregivers' self care)

การดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี เจ็บป่วย หรือตาย การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามแนวคิดของโอเร็มประกอบไปด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

ดังนั้นหากบุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง บุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีตามความหมายของภาวะสุขภาพดังที่องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า ภาวะสุขภาพที่ดีคือมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Orem, 2001)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลเป็นกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

โอเร็มแบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง (Self care requisite) ออกเป็น 3 ประเภทได้แก่ (Orem, 2001: 225-252)

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisite) เป็นความต้องการโดยทั่วไปเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์ตามเวลาต่าง ๆ ของช่วงชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น

- 1.1 การรักษาไว้ซึ่งปริมาณอากาศที่เพียงพอ
- 1.2 การรักษาไว้ซึ่งปริมาณน้ำที่เพียงพอ
- 1.3 การรักษาไว้ซึ่งปริมาณอาหารที่เพียงพอ
- 1.4 การเตรียมการดูแลเพื่อกระบวนการขับถ่ายและกำจัดของเสีย
- 1.5 การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.6 การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.7 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ของมนุษย์และความผาสุกในชีวิต
- 1.8 การส่งเสริมการทำหน้าที่ของมนุษย์และพัฒนาการในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ

ศักยภาพของบุคคล ข้อจำกัดของบุคคลและความปรารถนาที่เป็นปกติ

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care requisite) เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป ซึ่งแยกออกมาเพื่อต้องการให้เห็นถึงความสำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งการแสดงออกของความต้องการการดูแลตนเอง ตามระยะพัฒนาการนั้นซับซ้อน เนื่องจากความแตกต่างขององค์ความรู้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เข้าใจถึงพัฒนาการของมนุษย์และเพื่อจำแนกปัจจัยที่ส่งเสริมและควบคุมในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งโอเร็มได้เสนอความต้องการด้านพัฒนาการก็เพื่อใช้เป็นข้อกำหนด และตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็น

ประโยชน์ ซึ่งการจัดการนั้นถูกกำหนดเพื่อที่จะส่งเสริมพัฒนาการ เป็นข้อผูกมัดในการดูแลตนเอง และเพื่อที่จะป้องกันผลกระทบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อพัฒนาการมนุษย์

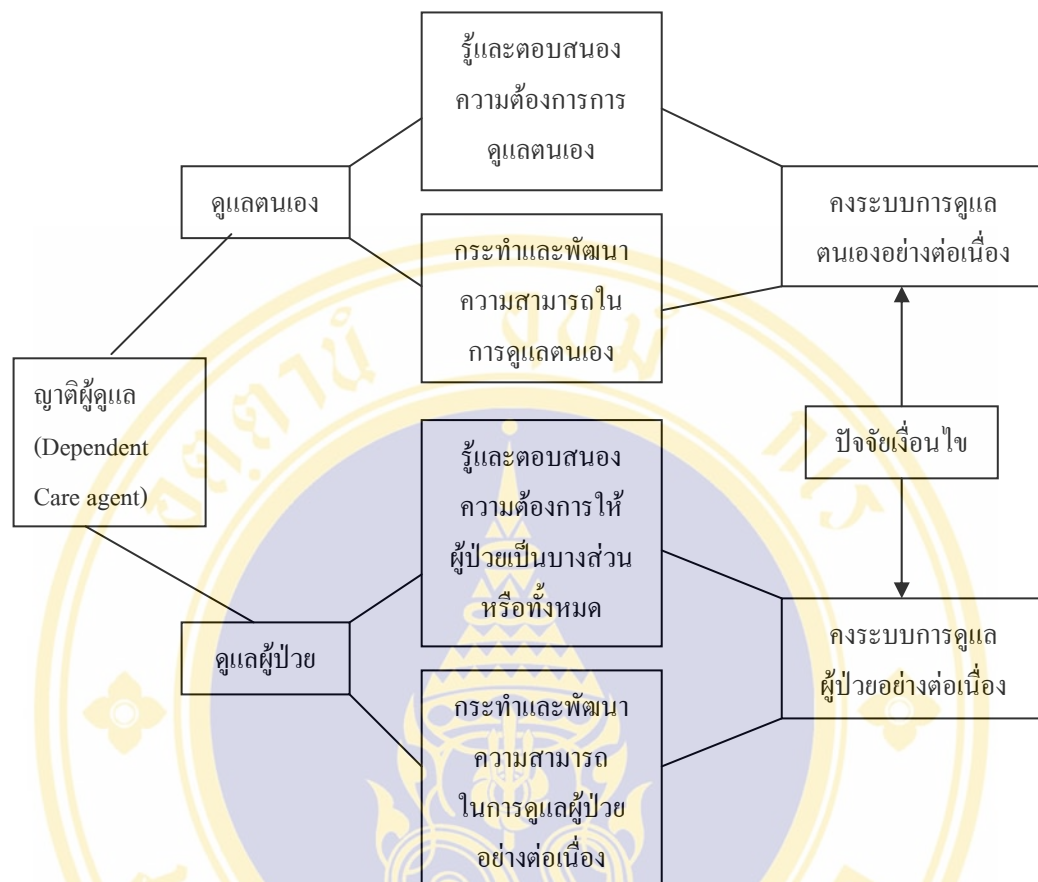
3. ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ (Health deviation self care requisite) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บซึ่งมีพยาธิสภาพ หรือพิการ และรวมถึงบุคคลที่อยู่ภายใต้การรักษา เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคลจนนำมาซึ่ง ภาระที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด บุคคลเปลี่ยนแปลงสถานะจากผู้ที่ดูแลตนเองไป เป็นผู้รับการดูแล ซึ่งโอเร็มแบ่งความต้องการด้านนี้ เป็น 6 ประเภท ได้แก่

- 3.1 ค้นหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม
- 3.2 ตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลกระทบที่มี ผลต่อพัฒนาการของมนุษย์
- 3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 ตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลกระทบของการรักษา ตลอดจนผลกระทบที่มีผลต่อ พัฒนาการของมนุษย์
- 3.5 ปรับเปลี่ยนทัศนคติและภาพลักษณ์ เพื่อให้ยอมรับตนเองในภาวะสุขภาพ และในภาวะต้องการความช่วยเหลือจากบริการสาธารณสุข
- 3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลกระทบของพยาธิสภาพ การรักษาและรักษาแบบ แผนการดำรงชีวิตเพื่อที่จะส่งเสริมพัฒนาการของบุคคล

นอกจากนี้การดูแลตนเองนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะของครอบครัว เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล สถานภาพสมรสเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการเรียนรู้และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง อาชีพและรายได้เป็นแหล่ง ประโยชน์ ถ้ามีความพอเพียงจะมีผลต่อการเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการการดูแล ที่จำเป็น (Orem, 2001) ส่วนระบบครอบครัวก็มีผลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแล ตนเอง (Taylor, อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

ปัจจุบันการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพามีความสำคัญมากขึ้นในสังคม เนื่องจากมีการเพิ่ม จำนวนของผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้มีความพิการและผู้ที่มีความต้องการการดูแลยุ่งยากซับซ้อน จนเกินกว่าที่จะสนองตอบได้ด้วยตนเองตามลำพัง ญาติผู้ดูแลจึงเข้ามามีบทบาทในสังคมมากขึ้น แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพานั้น มีลักษณะคล้ายกับแนวคิด ของความสามารถในการดูแลตนเอง คือเป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้อง

พึ่งพา ได้แก่ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative) เปลี่ยน (transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังจะต้องมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล (Orem, 2001; 284) ดังนั้นเมื่อบุคคลเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล การที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลนั้นเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ดังนั้นบุคคลนั้นต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะกระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และอีกบทบาทหนึ่งยังต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด พร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระบบของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่มีผลต่อญาติผู้ดูแลนั้นคือสถานการณ์ที่ต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เช่น การทำแผล การให้อาหาร การฉีดยา เป็นต้น เมื่อลงมือปฏิบัติแล้วญาติผู้ดูแลยังต้องพัฒนาความสามารถที่จะคาดการณ์และปรับเปลี่ยนการดูแลอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาความสามารถในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินและปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดูแลตนเองให้มากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการให้กับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้อย่างเพียงพอ ดังแสดงให้เห็นตามรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 แสดงบทบาทของผู้ดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย (Orem, 2001; 285)

ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับญาติผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของตนทั้งด้านร่างกาย เช่น ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ น้ำหนักเปลี่ยนแปลง ทางด้านจิตใจ เช่น ทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล รู้สึกผิด ทางด้านครอบครัวและสังคม เช่น เกิดความขัดแย้งกันในครอบครัว เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ดังเช่นในต่างประเทศ จากการศึกษาของกิฟเวนและคณะ (Given et al., 1990) พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล มี 4 ด้าน คือ ปฏิบัติทางอารมณ์ด้านลบ ความรู้สึกที่ผิดชอบต่อผู้ป่วย ความรู้สึกที่ต้องพراقจากครอบครัว และผลกระทบจากการดูแลต่อตารางเวลาประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของลินช์-ซาว์ (Lynch-Sauer, 1990) พบว่า ภาระการดูแลมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งผลกระทบนี้เป็นผลมาจากบทบาทของการให้การดูแลไม่ใช่จากลักษณะของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนี้วอล์คเกอร์และคณะ (Walker et al., 1995: 404-408) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลสูงอายุในบริบทของญาติผู้ดูแลคือใคร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็น

อย่างไร และมีอะไรบ้างที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าประสบการณ์ การตอบสนอง และผลลัพธ์การดูแลมีทั้งทางบวกและทางลบ ผลทางลบ เกิดเนื่องจากการมีบทบาทหน้าที่เพิ่มหลายด้าน ขาดการสนับสนุน การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยแยกออกจากสังคม ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาท รู้สึกเบื่อหน่าย เหมือนเป็นภาระ และการดูแลตนเองลดลง บอมกาเทน (Baumgarten, 1989) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 28 เรื่องตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1988 พบว่ามีตัวแปรที่เกี่ยวกับผลกระทบของผู้ให้การดูแล เช่นรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล ซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะตึงเครียดของการเป็นญาติผู้ดูแล ปฏิบัติทางอารมณ์ด้านลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพด้านร่างกาย การเงิน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาโดย ออสต์วาลด์ (Ostwald, 1997: 32) ทำการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 245 คนพบว่าญาติผู้ดูแลต้องเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า กับการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้การมีเวลาส่วนตัวลดลงและต้องการเพิ่มเวลาทำงานเพื่อหารายได้ให้มากขึ้น

นอกจากนี้ งานวิจัยของสวาทสกีและฟาวเลอร์เคอรี่ (Sawatzky & Fowler-Kerry, 2003) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายและจำแนกผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของหญิงที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ในเขตเมืองของประเทศแคนาดาจำนวน 11 คน ผลการวิจัยพบว่าเกิดผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง แผลในกระเพาะ ปวดศีรษะ ผลกระทบต่อสุขภาพจิตพบภาวะอารมณ์แปรปรวน รู้สึกผิด รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของสเตอร์และบราวน์ (Stetz & Brown, 2004) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกายและทางจิตใจในญาติผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคเมเร็งจำนวน 26 คน (ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมเร็ง 11 คนและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ 15 คน) พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมเร็งมีประสบการณ์ที่เป็นผลกระทบต่อหน้าที่ประจำวันเช่นการทำงาน การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว และเพื่อนมากกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และญาติผู้ดูแลเอดส์มีการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมเร็ง และยังพบว่าการได้รับสิ่งตอบแทนมีผลต่อการให้การดูแลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

การศึกษาในประเทศไทย สิดา สุจริตกุล (2541) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพจำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 7 ชั่วโมง โดยนอนหลับไม่ติดต่อกันและ

เข้านอนไม่เป็นเวลา ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และร้อยละ 63.5 ไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ นอกจากนี้ นิลรัตน์ วัชรภิชิต (2543) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว โดยศึกษาข้อมูลจากการติดตามพูดคุยสอบถามจำนวน 6 คน พบว่าผู้หญิงอุทิศตนต่อการดูแลอย่างสูงเพื่อรับผิดชอบหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวแม้จะขาดประสบการณ์การดูแล ขณะเดียวกันต้องเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามสภาพอาการของผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ดูแลทั้งในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านทัศนคติและแนวทางการดำเนินชีวิต ด้านหน้าที่การงานและบทบาททางสังคม รวมไปถึงการมีอิสระในชีวิตส่วนตัว ทำให้การจัดการดูแลต่อตนเองและหน้าที่เกิดความไม่สมดุล ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ จันทน์ฉาย โยธาใหญ่ (Yothayai C., 2004) ศึกษาเรื่อง กิจกรรมการดูแล ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแล และผลที่เกิดกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จำนวน 30 คนพบว่า ผลที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีทั้งด้านบวกและลบ ผลด้านลบประกอบด้วยความรู้สึกที่เป็นภาระ ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ปัญหาด้านสุขภาพ ภาระด้านเศรษฐกิจ และความขัดแย้งด้านบทบาทหน้าที่

นอกจากผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลแล้ว งานวิจัยบางเรื่องยังระบุผลกระทบทางด้านบวกที่เกิดขึ้น เช่น ได้ตอบแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญูทดแทนที่ รู้สึกอบอุ่น มีความสุขในการดูแล เกิดความใกล้ชิดกันภายในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่า เพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแล รู้สึกภาคภูมิใจ เป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการดำเนินชีวิต (นิลรัตน์ วัชรภิชิต, 2543; เพียงใจ ดิระไพรวงศ์, 2540; Kespichayawattana J., 1999; Walker, et al., 1995: 404-408; Yothayai C., 2004)

นอกจากการศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อญาติผู้ดูแล ได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรและปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อผลกระทบด้านผู้ป่วย คือ พฤติกรรมด้านลบ ภาวะสุขภาพและอายุ ด้านญาติผู้ดูแล คือ อายุ การทำงาน ภาวะของอารมณ์ จำนวนของแหล่งสนับสนุน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และชั่วโมงในการดูแล (Given, et al., 1990) ส่วนการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม รายได้ และภาวะสุขภาพ เป็นตัวทำนายปฏิกิริยาต่อการให้การดูแลทางด้านลบที่ดีที่สุด โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเดียว สามารถเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดต่อปฏิกิริยาการให้การดูแลทางด้านลบ ความรู้สึกถูกครอบครัวยึดทั้ง ผลกระทบต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อตารางเวลา (Pohl, Given,

Coolins, & Given, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวรรณ พุทธรณ (Buddhawan, N., 2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โดยศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่จำหน่ายกลับบ้านอย่างน้อย 3 สัปดาห์ จำนวน 110 คน ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 36 ของญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอยู่แล้วหลังจากเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 62.7 เกิดความเจ็บป่วยระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($p < .001$) แต่ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($p < .001$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาระการดูแลและการดูแลตนเองของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า เมื่อญาติผู้ดูแลเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้น นอกจากดำรงบทบาทของตนเองในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และดำรงบทบาทในสังคมเช่นการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว การทำงาน ยังต้องแสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น หากญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงกิจกรรมที่กระทำให้บุคคลที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระ ก็อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง อาจเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (Working caregivers' Need of Support)

ความต้องการเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นเรื่องของความรู้สึกภายใน และได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการ ความต้องการเกิดขึ้นได้เสมอ มาสโลว์ (Maslow, 1970: 24-49) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ลำดับขั้นตอนของความต้อการนั้นมีพื้นฐานว่าความต้องการของมนุษย์ไม่ได้เร่งด่วนเท่าเทียมกันหมดแต่มีลำดับขั้น เช่น ความต้องการด้านร่างกายเป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ สำหรับความปลอดภัยนั้นเป็นการป้องกันให้ชีวิตรอดพ้นจากอันตราย และอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวลและความยุ่งยากสับสน ความต้องการสองขั้นนี้เป็นความต้องการในระดับพื้นฐานของการมีชีวิต ส่วนความต้องการในระดับสูงขึ้นมาเป็นความต้องการทางจิตใจ บุคคลย่อมได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ ต้องการสร้างสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก มาสโลว์ระบุว่าความต้องการความรักนั้นมีทั้งลักษณะของการให้ความรักแก่ผู้อื่น และการรู้จักที่จะรับความรักจากผู้อื่น นอกจากนี้บุคคลยังต้องมีความนับถือในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องการเป็นผู้มี

ความสามารถ มีความแข็งแรง สนใจและยกย่องชมเชย และในลำดับสุดท้าย มนุษย์ทุกคนต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต

เมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว ทำให้บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแล ซึ่งรูปแบบของให้การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล (Horowitz, 1985 อ้างใน Davis, 1992) แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบคือ 1) การให้การดูแลโดยตรง เช่น กิจวัตรประจำตัวต่าง ๆ ได้แก่ อาบน้ำ ป้อนอาหาร ดูแลการขับถ่าย เป็นต้น รวมถึงการเดินทาง งานบ้าน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา 2) การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น ความถี่ของการพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม เพื่อส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในสังคม 3) การเป็นสื่อกลางติดต่อสถาบันบริการทางสุขภาพ เช่น ช่วยประสานงานลดความขัดแย้ง ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย และ 4) การให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน หากญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นผ่านไปด้วยดี ก็จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามมีญาติผู้ดูแลจำนวนมากที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล (Rosswurm, Larrabee, & Zhang, 2002) ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในการที่จะต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

งานวิจัยในต่างประเทศ จากการศึกษาของพอลช็อกและเดมลิง (Puolshock & Deimling, 1984) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลสูงอายุที่เจ็บป่วยจำนวน 614 ครอบครัว พบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการมากที่สุด 5 เรื่องได้แก่ ความต้องการจัดการเกี่ยวกับการดูแลร่างกายของผู้ป่วย ความต้องการทราบหลักการในการรักษาผู้ป่วย ความต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความต้องการจัดการการช่วยเหลือภายในบ้าน และความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ และจากการศึกษาของฟูกูอิ (Fukui, 2004) ศึกษาความต้องการด้านข้อมูลและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาญาติผู้ดูแลชาวญี่ปุ่นจำนวน 66 คนผลการวิจัยพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูลในด้านอาการของโรค และความต้องการด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ดูแลและภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย ไฮลิแมน แลคเคย์และแฮซซาเนอิน (Hileman, Lackey, & Hassanein, 1992) ได้กล่าวถึงความต้องการของญาติผู้ดูแลซึ่งครอบคลุม 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการประทับประคองจิตใจ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย และยังมีความต้องการในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ความต้องการการเยี่ยมบ้าน บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ ความช่วยเหลือจากญาติและชุมชน (Neal & Wagner, 2004; Wingate & Lackey, 1989)

สำหรับประเทศไทย พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ดูแลอยู่จำนวนมากจากการศึกษาของสุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) และจินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam J., 2000)

กล่าวถึงความต้องการทั้ง 6 ด้านประกอบด้วย ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการประทับประคองจิตใจ ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้านและด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ เสาวภา พร้าวตะคุ (Prawtaku S., 2006) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้อง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 156 ราย (กลุ่มละ 52 คน) พบว่าความต้องการความช่วยเหลือในภาพรวมของญาติผู้ดูแลทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง มีความต้องการด้านจิตวิญญาณแตกต่างจากกลุ่มบุตรและพี่น้อง ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานวิจัยที่กล่าวมาใช้เครื่องมือวัดตัวแปรด้านความต้องการของญาติผู้ดูแล โดยคัดแปลงจากรูปแบบความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของแลคเคย์-วินเกต (Wingate & Lackey, 1989) และจากงานวิจัยของสุมาพร ดุกระสกุล (Dupaskul S., 2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำนวน 100 คน โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาเองซึ่งครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ พัฒนาการและสังคมวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนด้านร่างกายและด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ส่วนด้านจิตใจ สังคมวัฒนธรรม และด้านพัฒนาการ ต้องการการสนับสนุนในระดับปานกลาง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนได้แก่ อายุ รายได้ สัมพันธภาพของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล ยังมีความสัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

นอกจากนี้จากการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณและคณะ (2535) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการให้การดูแลผู้ป่วยวันละ 10-24 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ติดตัวไปทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นจึงพบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับต้องการการสนับสนุนทางสังคม ต้องการความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก และงานวิจัยของอัจฉา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล (2541) ซึ่งศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ญาติผู้ดูแลนั้นมีความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านจิตใจ นอกจากนี้ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐหรือแหล่งอื่น ๆ ช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย งานบริการและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยา สัมปทานกุล (2542) ผลการวิจัยมีข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลนั้นพบว่า ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและวิธี

ให้การดูแล ซึ่งรวมถึงการสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อขอคำปรึกษา การติดตามเยี่ยมบ้านจากหน่วยประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาล สวัสดิการรักษาศรี หรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล บริการรับส่งระหว่างบ้านและโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบบริการสุขภาพที่เบ็ดเสร็จในวันเดียว และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งจันทรรักษ์ โยธายาญ (Yothayai C., 2004) ศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และให้บริการด้านการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และยังต้องการให้ญาติและบุคคลอื่นในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านยังมีความต้องการในด้านเกี่ยวกับที่ทำงาน (Workplace) ซึ่งจากบทความของเนลและเวกเนอร์ (Neal & Wagner, 2004) กล่าวว่า ความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านนั้นประกอบไปด้วย การยืดหยุ่นเวลาทำงาน ความต้องการด้านข้อมูลและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย การสนับสนุนระดับประจักษ์ด้านจิตใจ จากนายจ้าง ผู้ร่วมงาน เพื่อนหรือจากบุคคลอื่นในครอบครัว และความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ เช่น การประกันสุขภาพ การช่วยเหลือด้านกฎหมาย ด้านการเงิน เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทยข้อมูลด้านความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านยังไม่มีผู้ศึกษา ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

สรุปสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

เมื่อบุคคลในครอบครัวมีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะสุขภาพเรื้อรัง มีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ญาติผู้ดูแลที่บ้าน เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เป็นภารกิจที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและเป็นบทบาทที่ต้องใช้ความรับผิดชอบสูงทำให้เกิดภาระในการดูแล และนอกเหนือจากบทบาทดังกล่าวเมื่อญาติผู้ดูแลก็มีบทบาทเดิมที่ต้องรับผิดชอบในด้านหน้าที่การงาน ด้านครอบครัว ซึ่งเรียกว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ภาระรับผิดชอบที่มากขึ้นกว่าเดิมนี้อาจเกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้มีการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตได้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลทำให้ตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยไม่เพียงพอ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความต้องการด้านต่าง ๆ ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยซึ่งความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลนั้น

ครอบคลุมความพร้อมทางด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และความต้องการส่วนบุคคลของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านยังต้องการความช่วยเหลือในด้านเกี่ยวกับที่ทำงาน เช่น การยืดหยุ่นเวลาการทำงาน ความเข้าใจของเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุน ปรึกษาปรึกษาจิตใจจากนายจ้าง เพื่อนร่วมงาน สมาชิกอื่นในครอบครัว รวมถึงความต้องการที่จะดูแลตนเอง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และหาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลนั้นส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลทั่วไป ไม่มีการเฉพาะเจาะจงในกลุ่มประชากร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้มีอาชีพ ครู/อาจารย์ ซึ่งยังไม่มีข้อมูลของครู/อาจารย์ที่เป็นญาติผู้ดูแลที่แท้จริง

ประชากรเป้าหมาย หมายถึง ครู/อาจารย์ที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว ซึ่งครู/อาจารย์ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครเขต 1 และ 2 กระทรวงศึกษาธิการ

ประชากรตัวอย่าง หมายถึง ครู/อาจารย์ที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ครู/อาจารย์เหล่านั้นปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 และ 2 จำนวน 27 โรงเรียน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 31 สิงหาคม 2549

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling) จำนวน 95 ราย ซึ่งคำนวณจากสูตรการคำนวณที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎี Central Limit Theorem ซึ่งเป็นทฤษฎีพื้นฐานในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติโดยใช้ จำนวนตัวอย่าง 30 จำนวนต่อหนึ่งตัวแปรที่สนใจศึกษา ตัวแปรที่สนใจศึกษาในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ตัวแปร ดังนั้นจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 95 ราย (Norwood, 2000: 223)

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุมากกว่า 20 ปี ประกอบอาชีพเป็นครู/อาจารย์
2. เป็นผู้ดูแลหลักและพักอาศัยในบ้านเดียวกันกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีกิจกรรมการช่วยเหลือโดยตรงทั้งกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily living, ADL) และกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ที่ซับซ้อนและต้องใช้ความสามารถเพิ่มขึ้น (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) ประกอบไปด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร ช่วยจัดการเกี่ยวกับการขับถ่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การช่วยเหลือเกี่ยวกับภาวะโรค การให้ความช่วยเหลือโดยการปลอบใจ ให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย ดูแลอุปกรณ์และเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย หรือจากภาวะโรค เท่ากับหรือมากกว่า 1 กิจกรรม/วัน โดยให้การดูแลมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

การวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่ผ่านมา การได้มาซึ่งญาติผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดมักจะเริ่มจากการค้นหาผู้ป่วยเรื้อรังแล้วจึงถามว่าผู้ป่วยนั้นมีญาติผู้ดูแลเป็นประจำหรือไม่ แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากบุคคลที่ต้องทำงานประจำนอกบ้านแล้วพิจารณาจากลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง หลังจากนั้นทำการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพที่มีประชากรเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรประเทศไทย ปีพ.ศ.2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550ค) ในส่วนพื้นที่กรุงเทพมหานครพบว่าประชากรเพศหญิงที่ทำงาน เป็นลูกจ้างเอกชนเท่ากับ 1,211,100 คน ลูกจ้างรัฐบาลเท่ากับ 221,400 คน ซึ่งผู้วิจัยสนใจประชากรเพศหญิงที่ทำงานภาครัฐและทำงานในเวลาราชการ หลังจากนั้นพิจารณาอาชีพ พบว่าในเขตกรุงเทพมหานครมีผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่าง ๆ มีร้อยละ 8.6 ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านฟิสิกส์ คณิตศาสตร์ และวิศวกรรมศาสตร์ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์ เกี่ยวกับสิ่งมีชีวิตและสุขภาพ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสอน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่น ๆ ผู้วิจัยสนใจผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสอนซึ่งได้แก่ ครู/อาจารย์ และจากสถิติของกระทรวงศึกษาธิการพบว่าในปีการศึกษา 2548 มีประชากรครู/อาจารย์ ภายใต้งัดกระทรวงศึกษาธิการโดยสังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตกรุงเทพมหานครเท่ากับ 13,041 คน และมีครู/อาจารย์เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2550) จึงสนใจเก็บข้อมูลจากข้าราชการครู/อาจารย์ที่สังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งมีจำนวน 3 เขต พื้นที่การศึกษา โดยสุ่มเลือกเขตพื้นที่การศึกษาตามความสะดวกของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเลือกเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครเขต 1 ทั้งหมดจำนวน 40 โรงเรียน แต่เนื่องจากหลังจากการเก็บข้อมูลมีข้อจำกัดในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยมีโรงเรียนที่ตอบรับเพียง 14 โรงเรียนและได้กลุ่มตัวอย่างเพียง 46 คน จึงทำการขยายพื้นที่ในการเก็บข้อมูลโดยทำการเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่การศึกษา

กรุงเทพมหานครเขต 2 จำนวน 35 โรงเรียนโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนตามความสะดวกของผู้วิจัย ได้เพิ่มเติมอีก 17 โรงเรียนจากนั้นทำการแจกแบบสอบถามให้โรงเรียนละ 10 ชุด โดยได้แบบสอบถามคืนจำนวน 52 ชุด จาก 13 โรงเรียน รวมจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมด 98 ชุด แต่มีความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด (ส่งคืนภายหลังสิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูล) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบสำรวจกิจกรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

2.2 แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale: CBS) ซึ่ง สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) แปลและดัดแปลงแบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ส (Oberst, 1991)

2.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

2.4 แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบสำรวจกิจกรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านให้มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วย อายุของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล และกิจกรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยทั้งกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily living, ADL) และกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ที่ซับซ้อนและต้องใช้ความสามารถเพิ่มขึ้น (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) ประกอบไปด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร ช่วยจัดการเกี่ยวกับการขับถ่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การช่วยเหลือเกี่ยวกับภาวะโรค การให้ความช่วยเหลือโดยการปลอบใจ ให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมให้

เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย ดูแลอุปกรณ์และเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย โดยเครื่องมือคัดกรองนี้ตรวจสอบความถูกต้องตามโครงสร้างจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ประกอบด้วยข้อมูลในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้บุคคล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ให้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย จำนวนผู้ช่วยเหลือ การเตรียมตัวก่อนเข้ารับบทบาท ความรู้สึกด้านบวกและลบที่เกิดจากการให้การดูแล

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนกิจกรรมที่ต้องพึ่งพา โรคประจำตัว

2.2 แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale: CBS) สร้างโดย โอเบิร์ต (Oberst, 1991) โดยประเมินจากการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อใช้วัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการของลาซารัสและโฟลคแมน ในปี ค.ศ.1989 โอเบิร์ตและคณะ (Oberst et al., 1989) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความต้องการการดูแล (Caregiver Load Scale: CLS) เป็นเครื่องมือประเมินตนเองของญาติผู้ดูแลในด้านปริมาณเวลาและพลังในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลมีทั้งหมด 10 ข้อ และได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่าควรเพิ่มข้อคำถามอีก จากนั้น โอเบิร์ต (Oberst, 1991) ได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อรวมเป็น 12 ข้อ ในปี 1991 คาเรย์และคณะ (Carey, Oberst, Maccubbin, & Hughes, 1991) โดยพัฒนาแบบสอบถามจากข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อรวมเป็น 14 ข้อเพื่อเป็นการประเมินความต้องการการดูแลและความยากลำบากในการทำกิจกรรม ในปีเดียวกันโอเบิร์ต (Oberst et al., 1991) ได้เพิ่มเติมข้อคำถามอีก 1 ข้อรวมเป็น 15 ข้อ โดยได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป

ในประเทศไทย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ต (Oberst, 1991) ให้เหมาะสมกับคนไทย โดยศึกษาเฉพาะในส่วน of ความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล แบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ต ประกอบด้วยความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ การดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการการดูแล (demand) ประเมินจาก

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำการการดูแล และความยากลำบากในการดูแล (difficulty) ประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแลหรือความพยายามในการกระทำการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

ความต้องการการดูแล (ปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำดูแล)

ไม่เลย	หมายถึง ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมเลย	ให้ 1 คะแนน
น้อย	หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมน้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมมาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

ความยากลำบากในการดูแล (ความพยายามในการกระทำการดูแล)

ไม่เลย	หมายถึง ไม่มีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมเลย	ให้ 1 คะแนน
น้อย	หมายถึง มีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมน้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง มีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	หมายถึง มีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมมาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	หมายถึง มีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนการดูแลโดยรวมด้วยการนำคะแนนเฉลี่ยด้านความต้องการในการดูแล มาคูณกับคะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการดูแลในแต่ละข้อ แล้วนำมาถอดรหัสดังนี้จะได้ ภาระเป็นรายข้อ จากนั้นนำคะแนนรายข้อทั้ง 15 ข้อมารวมกัน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 15-75 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าสมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลน้อย คะแนนสูงแสดงถึงรับรู้ภาระในการดูแลมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โอเบิร์ต และคณะ (Oberst et al., 1989) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและภาวะเครียดของญาติผู้ดูแลที่บ้าน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 47 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบวัดความต้องการการดูแล เท่ากับ .87 และค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ (inter-item correlation) เท่ากับ .4 ต่อมาคาเรย์และคณะ (Carey, Oberst, Maccubbin, & Hughes, 1991: 1341-1348) ทำการศึกษาระยะการดูแลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด ในงานวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือแบบวัดภาระในการดูแล และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และนำมาทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 49 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์

Cronbach's Alpha ของความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ .83 และ .89 ตามลำดับ และค่าความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ด้าน เท่ากับ .73

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้แปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 4 ท่านส่วนหนึ่งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงภาษาที่ใช้และเพิ่มเติมรายละเอียดบางส่วนเพื่อให้มีความชัดเจน และสอดคล้องกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตในสังคมไทย หลังจากนั้นนำไปศึกษาความต้องการในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 คน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาระการดูแลทั้งหมดมีค่าเท่ากับ .77 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาระการดูแลทั้งหมดในส่วนของการดูแลและความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ .72 และ .78 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแล โดยนำเครื่องมือแบบวัดภาระในการดูแลไปใช้กับญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกันเช่น ผู้ป่วยเด็กป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเด็กปัญญาอ่อน เป็นต้น โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 74-100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ของการใช้เวลาในการดูแลเท่ากับ .72-.86 และความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ .78-.90 และค่าความสัมพันธ์ของทั้งด้านการใช้เวลาในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลได้เท่ากับ .60-.85 (จริยา วิริยะศุกร, 2539; วิจารณ์ ชะอุ่ม, 2536; เพียงใจ ตีรไพรวงษ์, 2540; รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2532)

ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือแบบวัดภาระในการดูแล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแรก แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha งานวิจัยนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ได้เท่ากับ .93 และจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 95 คน ได้เท่ากับ .93

2.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้วัดการดูแลตนเองโดยประเมินจากความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการดูแลตนเองแบบองค์รวม (holistic) ได้แก่ การดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยดัดแปลงรายละเอียดในแบบวัดที่สร้างขึ้นจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ของวรารักษ์ เลิศพูนวิไลกุล และคณะ (2547) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปในวัยทำงาน ลักษณะของข้อความเป็นประโยคบอกเล่า เช่น การรับประทานอาหารตามเวลา การดื่มน้ำสะอาด การอยู่ในที่ที่มี

อาภาสบริสุทธิ การออกกำลังกาย การรักษาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีเวลาส่วนตัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-13
2. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 14 -22
3. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 23-26

สำหรับการให้คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในลักษณะของระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ในปัจจุบัน ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น
- 2 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมาก
- 5 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากที่สุด

เนื่องจากคะแนนที่ได้จากแบบวัดการรับรู้การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นคะแนนของความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งหากคะแนนสูงหมายถึงญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมมาก ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองน้อย เพราะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลตนเองในขณะที่ต้องดูแลผู้อื่นด้วย และคะแนนต่ำหมายถึงญาติผู้ดูแลไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ดี เพราะญาติผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองในขณะที่ต้องดูแลผู้อื่นด้วย ดังนั้นเพื่อให้การแปลผลเกิดความเข้าใจได้ง่าย จึงต้องทำการกลับคะแนนของระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จากมากไปน้อยและจากน้อยไปมาก คะแนนการดูแลมีค่าระหว่าง 26 – 130 คะแนนโดยที่คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ดี คะแนนน้อยหมายถึงญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองน้อย

2.4 แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้วัดความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านต่าง ๆ ของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ประกอบด้วยความพร้อมทางด้านร่างกาย (physical impairment) ความพร้อมทางความคิดสติปัญญา (cognitive impairment) และการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้เจ็บป่วยแต่ละราย (personal demand) ข้อคำถามครอบคลุมภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่

เจ็บป่วย และเนื่องจากญาติผู้ดูแลที่ศึกษาประกอบอาชีพประจำ (working caregivers) ดังนั้นข้อคำถามครอบคลุมถึงความต้องการการช่วยเหลือในส่วนที่เกี่ยวข้องกับที่ทำงาน (workplace) ของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์จริงในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านซึ่งไม่ระบุอาชีพ มาปรับใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ และลักษณะของคำตอบเป็นคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความต้องการ
- 2 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการน้อย
- 3 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการปานกลาง
- 4 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการมาก
- 5 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการมากที่สุด

ในกรณีที่ตอบระดับความต้องการตั้งแต่ 3 ขึ้นไป ให้ผู้ตอบระบุเหตุผลของความต้องการดังกล่าวไว้ในช่องระบุเหตุผล และนอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามที่ให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบ โดยข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ต้องการเมื่อรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งคำถามปลายเปิดนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่นำมาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายและวิเคราะห์ต่อไปโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้ดังนี้

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีทางการพยาบาลของโอริเอมจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลครอบครัว 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Strickland, & Lenz, 1991) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎีโดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1) คำถามไม่สอดคล้อง 2) คำถามมีความสอดคล้องอยู่น้อย 3) คำถามมีความสอดคล้องปานกลาง 4) คำถามมีความสอดคล้องอยู่มาก โดยเอาข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณโดยนำมาหาค่า CVI ในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) ผู้วิจัยนำระดับคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (อีก 2 ท่านได้เสนอความคิดเห็นโดยไม่ได้ให้ระดับคะแนน) มาคำนวณหาค่า CVI ของแบบวัดการรับรู้

ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .83 และ .80 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ด้านภาษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแรก แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟา ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ที่ระดับ .80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านในงานวิจัยนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟาเท่ากับ .94 และ .95 ตามลำดับ และจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 95 คน ได้เท่ากับ .97 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม ชื่อของกลุ่มตัวอย่างหรือบุคคลอื่นที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงในแบบสอบถามจะถูกเปลี่ยน เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ถูกเก็บรักษาไว้ในที่ที่ปลอดภัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) (ภาคผนวก ข) ผลการวิจัยถูกนำเสนอโดยภาพรวมไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบและโรงเรียนได้ และเสนอผลเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ไปแสดงแก่ผู้อำนวยการเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครเขต 1 และ 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการสถานศึกษาโรงเรียนต่าง ๆ จำนวน 57 โรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสำรวจหากกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษา

2. หลังจากที่ได้สำรวจหากกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษาตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากจำนวนโรงเรียน 57 โรงเรียนมีโรงเรียนตอบรับว่ามีกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษาแต่ไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัด มีจำนวนทั้งสิ้น 27 โรงเรียน ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามให้โรงเรียนละ 5-10 ชุด โดยแต่ละชุดมีเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และชุดของแบบสอบถามเรียงตามลำดับ ได้แก่ แบบวัดการระการดูแล แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

3. จากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานแต่ละโรงเรียน เพื่อขอเก็บแบบสอบถามคืนและขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม ในกรณีที่ข้อมูลขาดความชัดเจนและไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามพูดคุยเกี่ยวกับข้อมูลที่ขาดความชัดเจนและไม่ครบถ้วนโดยบันทึกคำพูดเหล่านั้นไว้ในแบบสอบถามนั้นโดยใช้เวลาประมาณ 15 – 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science) version 11.5 for Window มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. การดูแลดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

3. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านวิเคราะห์รายข้อโดยวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์รายด้านและโดยรวมโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ความต้องการการช่วยเหลือ วิเคราะห์รายชื่อโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา คือ การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยผู้วิจัยเลือกใช้ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

6. ข้อมูลเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในรายชื่อที่ระบุความต้องการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ต้องการเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล และผลกระทบทางบวกและทางลบเมื่อรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจัดกลุ่มเนื้อหาของข้อความโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ และเน้นสภาพวัตถุวิสัย (objective) คือ การเขียนเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ โดยผู้วิจัยไม่มีอคติ หรือความรู้สึกลงใจของตนเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง เทคนิคสำคัญที่สุดในการวิเคราะห์เนื้อหา คือ การวางระบบข้อมูลโดยการจัดประเภทของคำและข้อความที่จะวิเคราะห์ จากนั้นจำแนกประเภท (categories) ของคำและข้อความให้ได้ประเภทที่ดี ครอบคลุม และตรงตามปัญหาการวิจัย (สุรางค์ จันทวานิช, 2542) โดยมีขั้นตอนวิเคราะห์ดังนี้ มีขั้นตอนวิเคราะห์ดังนี้

1) นำข้อมูลที่ได้จากการระบุไว้ในแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มาอ่านทบทวนหลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจและพิจารณาเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างบรรยาย

2) แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ ของเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือ ความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ และผลกระทบทางบวกและทางลบเมื่อรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ให้มีความชัดเจน เพื่อให้การจำแนกข้อมูลไม่เกิดปัญหาว่าข้อความสามารถถูกจำแนกเข้าหลาย ๆ ประเภทพร้อมกัน นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

3) นำข้อมูลที่แยกประเภท และจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์ โดยอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหาเป็นที่ปรึกษา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

ลักษณะของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีจำนวนทั้งหมด 95 คน เป็นเพศหญิง 86 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 อายุเฉลี่ย 49.64 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 23 - 60 ปี มีสถานภาพโสดร้อยละ 47.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 65.3 มีรายได้บุคคลต่อเดือนตั้งแต่ 6,000 - 70,000 บาทต่อเดือน (รายได้โดยเฉลี่ย 28,119.09 บาท) มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันมากที่สุดประมาณ 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 51.6 โดยมีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 7.87 ชั่วโมงต่อวันและระยะเวลาที่ให้การดูแลมีตั้งแต่ 2 เดือนถึง 25 ปี ($M=82.41$, $SD= 65.91$) เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีโรคประจำตัวร้อยละ 41.1 โดยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ได้แก่ โรคภูมิแพ้ 12 คน โรคความดันโลหิตสูง 10 คน โรคกระดูกเสื่อม 6 คน โรคไขข้อในเส้นเลือดสูง 3 คน โรคไมเกรน 2 คน โรคเครียด 2 คน โรคเกี่ยวกับทางตา 2 คน โรคไทรอยด์ 2 คนและโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็งเต้านม โรคเบาหวาน และโรครูมาตอยด์ อย่างละ 1 คน ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 85.3 และมีบุคคลอื่นที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 74.7 และพบว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบทบาทเป็น

ผู้ดูแลร้อยละ 62.1 สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลโดยบางคนมีการเตรียมตัวมากกว่า 1 วิธี ได้แก่ ศึกษาด้วยตัวเอง โดยปรึกษากับเจ้าหน้าที่สุขภาพ อ่านหนังสือ คู่มือ จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่สอนและฝึกทักษะให้ 12 คน ปรึกษาผู้อื่น 10 คน และวิธีอื่น 5 คน ได้แก่ การสังเกตจากสังคมในปัจจุบันที่มีผู้เจ็บป่วยมากขึ้น และมีผู้สูงอายุมากขึ้น เคยเป็นพยาบาลมาก่อนที่จะมาทำงานเป็นครูประจำโรงเรียน จากการดูแลบิดาซึ่งป่วยมาก่อน สอบถามจากแพทย์และพยาบาล เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 95)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	86	90.5
ชาย	9	9.5
อายุ (พิสัย 23-60 ปี ค่าเฉลี่ย 49.64 ปี SD 6.277)		
41 – 65 ปี	87	91.6
19 - 40 ปี	8	8.4
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	63	66.3
ปริญญาโท	29	30.5
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูง	3	3.2
สถานภาพสมรส		
โสด	45	47.4
คู่	43	45.3
หม้าย หย่า แยก	7	7.4
รายได้ต่อบุคคล (บาท/เดือน) (พิสัย 6000 – 70,000 บาท ค่าเฉลี่ย 28,119.09 บาท ปี SD = 8,412.291)		
> 20,000 บาท	78	82.1
15,001 – 20,000 บาท	11	11.6
10,001 – 15,000 บาท	5	5.2
< 10,000 บาท	1	1.1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย)		
≤ 3 คน	27	28.4
4-6 คน	49	51.6
7-10 คน	17	17.9
≥ 11 คน	2	2.1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 95)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน (พิสัย 1-24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 7.87 ชั่วโมง SD = 5.899)		
ระยะเวลาที่ให้การดูแล (เดือน) (พิสัย 2-300 ค่าเฉลี่ย 82.41 SD 65.916)		
≤ 60 เดือน	49	51.6
61-120 เดือน	27	28.4
121-180 เดือน	13	13.7
≥ 181 เดือน	6	6.3
โรคประจำตัว		
ไม่มี	56	58.9
มี	39	41.1
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวที่พึ่งพา		
บุตร	81	85.3
คู่สมรส	6	6.3
บิดา/มารดา	4	4.2
หลาน	2	2.1
พี่น้อง	2	2.1
จำนวนบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล		
ไม่มี	25	26.3
มี	70	74.7
• 1-2 คน	51	72.9
• 3-4 คน	16	22.9
• ≥ 5 คน	3	4.3
การเตรียมตัวก่อนที่จะรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล		
ไม่ได้รับการเตรียมตัว	59	62.1
ได้รับการเตรียมตัว*	36	37.9
• ศึกษาด้วยตัวเอง โดยปรึกษากับเจ้าหน้าที่สุขภาพ อ่านหนังสือ คู่มือ	20	55.6
• เจ้าหน้าที่สุขภาพ สอนและฝึกทักษะให้	12	33.3
• ปรึกษาผู้อื่น	10	27.7
• อื่น ๆ	7	19.4

* ตอบได้มากกว่า 1 วิธี

ลักษณะของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย มีจำนวน 95 คน เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 77.9 มีอายุตั้งแต่ 5 - 98 ปี ($M = 74.92$ ปี) พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.3 โดยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 30 คน โรคเบาหวาน 22 คนและโรคหัวใจ 22 คน โรคทางกระดูก 18 คน โรคอัลไซเมอร์ 9 คน โรคอัมพาตของแขนและขา 7 คน โรคชรา 6 คน โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง อย่างละ 4 คน โรคพาร์กินสันและโรคไข้มันในเส้นเลือดสูง อย่างละ 3 คน และพบว่ามีโรคประจำตัวในกลุ่มอาการความผิดปกติทางโครโมโซม (ดาวน์ ซินโดม) 1 คน โรคออทิสติกและโรคลมชัก อย่างละ 2 คน และยังพบว่าบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาใน 1 วัน เท่ากับหรือมากกว่า 7 กิจกรรมถึงร้อยละ 64.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 95$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	74	77.9
ชาย	21	22.1
อายุ (พิสัย 5 - 98 ปี ค่าเฉลี่ย 74.92 ปี SD 17.09)		
โรคประจำตัว		
มี	81	85.3
ไม่มี	14	14.7
จำนวนกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาใน 1 วัน		
≥ 7 กิจกรรม	61	64.2
4-6 กิจกรรม	19	20
≤ 3 กิจกรรม	15	15.8

ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเวลาที่ใช้ในการดูแลเป็นรายข้อ กิจกรรมที่มีคะแนนสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ การจัดการเรื่องการให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การติดต่อแพทย์และพยาบาล การดูแลเรื่องส่วนตัวของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การเฝ้าดูอาการ และเฝ้าระวังอุบัติเหตุ และการจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยและครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.45 – 3.72 คะแนน ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนเวลาที่ใช้ในการดูแลน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการอ่านเขียน ($M = 2.24$, $SD = 1.14$)

สำหรับคะแนนความยากลำบากในการทำกิจกรรมเป็นรายข้อ กิจกรรมที่มีคะแนนสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การทำงานบ้านเพิ่มขึ้น การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล ของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยและครอบครัว การจัดการเรื่องการเดินทาง การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ และการดูแลเรื่องส่วนตัวของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.83 – 3.08 คะแนนส่วนคะแนนกิจกรรมที่มีคะแนนความยากลำบากน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการอ่านเขียน ($M = 2.01$, $SD = 1.09$) สำหรับคะแนนภาระการดูแล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลมากกว่า 3 คะแนนได้แก่ข้อ 1, 3, 5, 6, 10 และ 11 โดยกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลระบุว่ามีการดูแลสูงสุดได้แก่กิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ($M=3.28$, $SD = .93$) และกิจกรรมที่มีการดูแลน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการอ่านเขียน ($M = 2.12$, $SD = 1.07$) จากผลการวิจัยสังเกตได้ว่ามีคะแนนเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการดูแลสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากในการดูแลในทุกรายข้อของกิจกรรม และกิจกรรมรายข้อมีความคล้ายคลึงกันในส่วนของปริมาณเวลาที่ใช้ ความยากลำบากและภาระการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การใช้เวลา ความยากลำบาก และการรับรู้ภาระในการดูแลรายข้อของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ($n = 95$)

	กิจกรรม	การใช้เวลา		ความยากลำบาก		ภาระการดูแล	
		M	SD	M	SD	M	SD
1	เฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ	3.45	1.05	2.83	1.16	3.06	.98
2	จัดการเรื่องการเดินทาง	3.19	1.11	2.87	1.15	2.98	1.04
3	ให้กำลังใจไปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน	3.72	.93	2.72	1.19	3.09	.93
4	ดูแลเรื่องส่วนตัวของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย	3.55	1.02	2.83	1.08	3.10	.90
5	ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น	3.44	1.03	3.06	1.04	3.12	.97
6	ติดต่อกับแพทย์และพยาบาล	3.57	.98	2.81	1.02	3.10	.87
7	ช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการพยุงตัวในขณะที่เดินและอื่น ๆ	3.15	1.17	2.79	1.17	2.91	1.05
8	จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย	3.13	1.00	2.73	1.04	2.88	.94
9	ทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น	2.67	1.13	2.62	1.20	2.62	1.11
10	จัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยและครอบครัว	3.45	1.09	2.95	1.21	3.15	1.10
11	ดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.62	.99	3.08	1.08	3.28	.93

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การใช้เวลา ความยากลำบาก และการรับรู้ภาระในการดูแลรายชื่อของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (n = 95) (ต่อ)

กิจกรรม	การใช้เวลา		ความยากลำบาก		ภาระการดูแล	
	M	SD	M	SD	M	SD
12 เตรียมกิจกรรมสำหรับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย	3.15	1.01	2.71	1.00	2.87	.92
13 ทำงานอื่น ๆ เพิ่มขึ้นจากที่ทำตามปกติ	3.13	1.13	2.80	1.12	2.92	1.04
14 ช่วยบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการอ่านเขียน	2.24	1.14	2.01	1.09	2.12	1.07
15 ช่วยติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ	2.35	1.08	2.20	1.15	2.24	1.06

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

เนื่องจากการศึกษาภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงได้สอบถามผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ดังนั้นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากคำถามปลายเปิดในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน จึงนำมาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นประกอบไปด้วยผลกระทบทางบวกได้แก่ ผลทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผลทางด้านสังคม และผลทางด้านอื่น ๆ ส่วนผลกระทบทางลบได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจอารมณ์ และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม

1.1 ผลกระทบด้านบวกจากการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดผลกระทบด้านบวกกับญาติผู้ดูแลประกอบด้วย ผลทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผลทางด้านสังคม และผลด้านอื่น ๆ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผลด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นด้านอารมณ์และจิตใจ ประกอบไปด้วย การได้ทดแทนบุญคุณ ความภูมิใจที่ได้ดูแลเกิดความรักและใกล้ชิดผูกพันกันมากขึ้น มีความสุข เป็นการกระทำหน้าที่ให้สมบูรณ์มากขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้

การได้ทดแทนบุญคุณ

“รู้สึกดีใจที่ได้ตอบแทนบุญคุณ คุณของแม่ ได้ป้อนข้าว อาบน้ำทำทุกอย่างให้กับแม่” (ผู้ดูแลรายที่ 15 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“ทำให้ได้มีโอกาสดูแลปฏิบัติบิดา เป็นการแสดงความกตัญญู ตอบแทนพระคุณด้วยความเอาใจใส่และเต็มใจ ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสและเป็นความรู้สึกที่ดี” (ผู้ดูแลรายที่ 50 เป็นลูกชายดูแลพ่อ)

“การได้ทำหน้าที่ของลูกเพื่อตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ถือว่าเป็นมงคลของชีวิต ทุกอย่างที่ทำคือความเต็มใจ ยินดี ไม่ถือว่านี้คือภาระ” (ผู้ดูแลรายที่ 67 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ภูมิใจที่ได้ดูแล

“ภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของแม่ ทำให้เราได้รู้ความรู้สึกความต้องการของเขา” (ผู้ดูแลรายที่ 32 เป็นแม่ดูแลลูกชาย)

“ภูมิใจที่มีโอกาสได้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะเป็นพระพรหมของลูก ทำให้ทุกอย่างโดยไม่รังเกียจ นั่ง นอนใกล้กัน และรับประทานอาหารพร้อมกัน” (ผู้ดูแลรายที่ 47 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

เกิดความรักและใกล้ชิดผูกพันกันมากขึ้น

“ได้ใกล้ชิดมากขึ้นจากเดิมและดูแลกันมากขึ้นจากที่เคยปฏิบัติก่อนที่จะป่วย” (ผู้ดูแลรายที่ 41 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“ได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น ได้พูดคุยกันบ่อย ๆ เพื่อไม่ให้เกิดความเหงา เป็นการแสดงความกตัญญู ตอบแทนผู้มีพระคุณอย่างจริงใจ” (ผู้ดูแลรายที่ 62 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“เกิดความรักใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันมากขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 73 เป็นภรรยาดูแลสามี)

มีความสุขที่ได้ดูแล

“เหนื่อยเหนื่อยมาก นอนไม่เต็มตื่น ต้องคอยพลิกตัว นวดตัว รองฉี่ เช็ดอุจจาระ อาบน้ำ ป้อนข้าว พาไปโรงพยาบาล แต่ทำแล้ว ข้าพเจ้ามีความสุขมากที่ได้ดูแลท่าน” (ผู้ดูแลรายที่ 36 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“มีความสุขที่ได้ดูแลคุณแม่ รู้สึกอบอุ่น เมื่อได้อยู่ใกล้กัน ได้ทำอะไรให้ท่านแล้ว รู้สึกสบายใจไม่น้อยเลย” (ผู้ดูแลรายที่ 39 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

เป็นความรับผิดชอบและกระทำให้หน้าที่ให้สมบูรณ์

“เป็นหน้าที่ที่ลูกต้องให้การดูแลพ่อแม่ให้ดีที่สุด เพราะท่านเลี้ยงดูเรามา เมื่อถึงเวลาท่านเจ็บป่วย เราต้องดูแลให้ท่านสุขสบายและรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ใกล้ ๆ เรา” (ผู้ดูแลรายที่ 9 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล เราเต็มใจที่จะดูแลเค้า และทำหน้าที่ให้ดีที่สุด เป็นภรรยาที่ดี” (ผู้ดูแลรายที่ 18 เป็นภรรยาดูแลสามี)

เข้าใจชีวิตมากขึ้น

“ทำให้มองเห็นสังขารในชีวิต เกิดแก่เจ็บตาย เข้าใจถึง บุญ บาป ความเมตตา การให้อภัย ความมีน้ำใจของคน ความอดทน ออกล้น” (ผู้ดูแลรายที่ 24 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ผลด้านสังคม เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นด้านสังคม ประกอบไปด้วย การได้รับความรู้เพิ่มขึ้นและเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลอื่น ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นและเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลอื่น

“การได้ดูแลมารดาที่ล้มและเดินไม่ได้ ทำให้เราได้รับความรู้จากประสบการณ์ตรง ขณะนี้เลยกลายเป็นคนที่มีความรู้ทางการแพทย์ไปโดยไม่รู้ตัว และสามารถแนะนำบุคคลอื่นได้ด้วยซึ่งเท่ากับเราเป็นประโยชน์กับสังคมด้วย” (ผู้ดูแลรายที่ 31 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“ได้เรียนรู้การรักษาพยาบาล เช่นการทำแผล การเปลี่ยนสายให้อาหาร การให้อาหารผู้ป่วยทางสายยาง และวิธีการรักษาพยาบาลอื่น ๆ” (ผู้ดูแลรายที่ 35 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“ได้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น จะปรึกษากันระหว่างเพื่อนครูดด้วยกันเอง ว่าอาการแม่เป็นแบบนี้เบื้องต้นต้องทำยังไง ครั้งต่อไปก็จะรู้แล้วว่าต้องทำยังไง” (ผู้ดูแลรายที่ 69 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

“ที่บ้านจะอยู่กัน 4 คน (รวมบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย) จะมีหลาน แล้วยังน้ำ (น้องของแม่) น้ำครูกี่มีโรคประจำตัวเหมือนกัน แต่พอช่วยตัวเองได้ ก็ได้ 2 คนนี้คอยดูแลเวลาครูกมาทำงาน” (ผู้ดูแลรายที่ 1 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“มีความร่วมมือกันในครอบครัว บางครั้งขัดแย้งกันบ้างแต่ทุกคนมีจิตใจมุ่งหมายเดียวกันคือ ดูแลมารดา บางครั้งก็มีน้องสาว (อยู่คนละบ้าน) มาช่วยพาไปพบแพทย์” (ผู้ดูแลรายที่ 59 เป็นลูกชายดูแลแม่)

ผลด้านอื่น ๆ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในประเด็นอื่น ๆ ดังกล่าวต่อไปนี้

คาดหวังผลตอบแทน

“ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้ลูก ๆ ได้จดจำว่า เราดูแลพ่อแม่ ก็หวังว่าอนาคตลูกหลานจะได้ดูแลเราบ้าง (ผู้ดูแลรายที่ 5 ลูกสาวดูแลแม่)

1.2 ผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแล การให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติผู้ดูแลทำให้เกิดผลกระทบด้านลบกับญาติผู้ดูแลประกอบไปด้วยด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านเศรษฐกิจสังคม

ผลด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย ความเหน็ดเหนื่อย การพักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพไม่แข็งแรง เบื่ออาหาร ดังกล่าวของญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้

เหน็ดเหนื่อย

“บางครั้งก็เหนื่อยนะ กลับจากทำงานก็ต้องมาดูแลอีก ก็ยังดีที่มีเด็กคอยดูแลช่วยเหลือ แต่บางครั้งเราก็ต้องทำเอง ช่วงไหนงานยุ่ง ๆ นี่เหนื่อยเป็นสองสามเท่าเลย พอแม่หลับ ก็จะได้โอกาสทำอย่างอื่นได้บ้าง” (ผู้ดูแลรายที่ 3 ลูกสาวดูแลแม่)

“เหนื่อยมาก เพราะต้องดูแลกิจวัตรประจำวันให้เค้าเกือบทั้งหมด ต้องตื่นแต่เช้ารีบทำให้เสร็จ ไม่งั้นไปทำงานสาย ยังดีหน่อยกลางวันมีหลานคอยอยู่เป็นเพื่อนคนป่วย เย็นเลิกงานก็ต้องรีบกลับมาดูแล เหนื่อยก็เหนื่อย แต่ก็ต้องทำ สงสารแม่ เค้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้” (ผู้ดูแลรายที่ 15 ลูกสาวดูแลแม่)

พักผ่อนไม่เพียงพอ

“ต้องจัดเวลาให้สมดุลจริง ๆ ไม่อย่างนั้น แทบไม่มีเวลาพักผ่อน เวลานอนน้อยไปเลย ถ้าเป็นวันหยุดก็ดีขึ้นไม่ต้องรีบร้อนไปทำงาน” (ผู้ดูแลรายที่ 60 ลูกสาวดูแลแม่)

“พักผ่อนน้อย เพราะเวลากลางคืนต้องตื่นดูแลผู้ป่วยอยู่บ่อยครั้ง บางครั้งนอนน้อยมาก 3-4 ชั่วโมงต้องตื่นแต่เช้า เตรียมอาหารให้แม่ แล้วก็นอน ๆ ในครอบครัว จะเป็นหวัดบ่อยมาก สุขภาพไม่ค่อยดี ถ้าพักผ่อนน้อย” (ผู้ดูแลรายที่ 35 ลูกสาวดูแลแม่)

ผลด้านอารมณ์และจิตใจ ประกอบไปด้วย ภาวะเครียด หงุดหงิด วิตกกังวล ท้อแท้ เป็นภาระ เป็นต้น ดังกล่าวของญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้

เครียด

“ถ้าคนป่วยไม่ยอมเข้าใจเรา บางครั้งพอเข้าใจเค้า เค้าก็งอน ไม่พูดกับเรา โกรธเรา ทำให้เราเครียดได้” (ผู้ดูแลรายที่ 69 ลูกสาวดูแลแม่)

“บางครั้งรู้สึกเครียด เพราะต้องทำงาน ในบางครั้งที่ทำงานจะมีปัญหาที่ทำให้หนักใจและต้องดูแลผู้ป่วย” (ผู้ดูแลรายที่ 71 ลูกสาวดูแลแม่)

หงุดหงิดง่าย

“เครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ บางครั้งรู้สึกผิดที่ทำแบบนั้น เขาก็ไม่ได้ตั้งใจทำแบบนั้น แต่ทำไมต้องเป็นแบบนี้ อยากให้เขาดูดีขึ้นกว่านี้ ช่วยตัวเองได้มากกว่านี้” (ผู้ดูแลรายที่ 85 แม่ดูแลลูกชาย)

เป็นภาระ

“บางครั้งแอบคิดสงสารตนเองจริง ๆ ที่ต้องมารับภาระที่ไม่ต้องการ เราเป็นพ่อที่ต้องดูแลลูกเป็นหน้าที่” (ผู้ดูแลรายที่ 86 พ่อดูแลลูกชาย)

ผลด้านเศรษฐกิจสังคม เป็นผลที่กระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลในด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ได้แก่ เวลาส่วนตัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพ/ขาดโอกาสในหน้าที่การงาน สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง ขัดแย้งกับบุคคลอื่น ทำงานหนักเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

เวลาส่วนตัวลดลง

“เวลาแต่ละส่วนมีค่าสำหรับเราไปเลย ความเป็นส่วนตัวจะน้อยลง เพราะ ต้องทำงานประจำ พอเลิกงานรีบกลับบ้านมาดูแลดูแลแม่” (ผู้ดูแลรายที่ 68 ลูกสาวดูแลแม่)

“ไม่ค่อยมีเวลาส่วนตัวมากนัก มีความวิตกกังวล ต้องทำงานพิเศษเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมหาเงินสำรองไว้ ทำให้ไม่ค่อยมีความสุขในชีวิตเท่าไรนัก” (ผู้ดูแลรายที่ 52 ลูกสาวดูแลแม่)

“ไม่ค่อยได้ไปไหนไกล ๆ เช่นต่างจังหวัด ไปค้างคืนเพราะเป็นห่วงเขา ถ้าพาไปด้วยก็ยุ่งยาก วุ่นวาย บางครั้งรู้สึกวิตกกังวล กลัวต่อไปใครจะคอยดูแลเขา” (ผู้ดูแลรายที่ 32 แม่ดูแลลูกชาย)

ทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพ / ขาดโอกาสในหน้าที่การงาน

“ในช่วงที่ยังหาคนมาช่วยดูแลไม่ได้ ก็อาจทำให้การทำงานในหน้าที่ลดหย่อนไปบ้าง” (ผู้ดูแลรายที่ 16 ลูกสาวดูแลแม่)

“เกิดความยุ่งยากบางครั้ง เพราะต้องใช้เวลาลูกตัวไปดูแลแม่ ก็จะเกิดปัญหาวางานที่ทำอยู่ไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้น ต้องใช้เวลาวันหยุดมาทำงานที่ค้างอยู่” (ผู้ดูแลรายที่ 26 ลูกสาวดูแลแม่)

“ผมไม่มีโอกาสไปศึกษาอบรมที่ต้องมีการค้างคืนต่างจังหวัดเลย เพราะคุณแม่อายุมากแล้ว” (ผู้ดูแลรายที่ 59 ลูกชายดูแลแม่)

ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

“การที่มารดาเจ็บป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องจ้างผู้ดูแล ก็ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ทำให้รายได้มีไม่พอกับรายจ่าย ต้องกู้เงินจากส่วนราชการและธนาคารเพื่อนำมาดูแล ถ้าตนเองตายไป มารดาจะอยู่กับใครมีชีวิตที่ยากแค้นอย่างใดบ้าง อยากให้ทางราชการช่วยเหลือ” (ผู้ดูแลรายที่ 17 ลูกสาวดูแลแม่)

สัมพันธ์ภาพกับครอบครัวลดลง

“ทำให้เวลาที่ดูแลครอบครัวตนเองน้อยลง แต่ก็ได้อธิบายและบอกกับลูกว่าเป็นการตอบแทน แสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก” (ผู้ดูแลรายที่ 40 ลูกสาวดูแลแม่)

“มีเวลาให้กับบุตรและภรรยาน้อยลง ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมระหว่างกันได้” (ผู้ดูแลรายที่ 59 ลูกชายดูแลแม่)

ขัดแย้งกับบุคคลอื่น

“บางครั้งต้องการความช่วยเหลือ แต่คนอื่น ๆ ก็ไม่ว่าง ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับญาติพี่น้องรอบข้างบ้าง” (ผู้ดูแลรายที่ 4 ลูกสาวดูแลแม่)

ทำงานหนักเพิ่มขึ้น

“ต้องทำงานพิเศษเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมหาเงินมาสำรองไว้ ทำให้ไม่ค่อยมีความสุขในชีวิตเท่าใดนัก” (ผู้ดูแลรายที่ 62 ลูกสาวดูแลแม่)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ญาติผู้ดูแลกล่าวถึง ผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติผู้ดูแล พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก เช่น ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ ร้อยละ 46.34 เกิดความภูมิใจที่ได้ดูแล ร้อยละ 34.15 รู้สึกได้

ใกล้ชิดผูกพันกัน ร้อยละ 25.61 นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้จากการดูแลเพิ่มขึ้นและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้อื่น ร้อยละ 6.1 ส่วนผลกระทบด้านลบ พบว่าญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ป่วยด้านลบ ในด้านร่างกาย พบมากที่สุดในเรื่องความเหน็ดเหนื่อย ร้อยละ 13.33 รองลงมาในเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร้อยละ 8.33 สำหรับผลกระทบด้านลบในด้านอารมณ์ ญาติผู้ดูแลพบว่าตนเองเครียด ร้อยละ 23.33 หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 18.33 วิตกกังวล ร้อยละ 16.67 ส่วนผลกระทบด้านลบทางเศรษฐกิจ พบมากที่สุดในเรื่องการมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ร้อยละ 21.67 การมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ทำงานไม่มีประสิทธิภาพและขาดโอกาสในการทำงาน ร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลต้องทำงานหนักมากขึ้น ร้อยละ 3.33 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล

ผลกระทบจากการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบด้านลบ (N = 60)		
ด้านร่างกาย		
เหน็ดเหนื่อย	8	13.33
นอนหลับไม่เพียงพอ	5	8.33
สุขภาพไม่แข็งแรง	3	5
เบื่ออาหาร	1	1.67
ด้านจิตใจ อารมณ์		
เครียด	14	23.33
หงุดหงิดง่าย	11	18.33
วิตกกังวล	10	16.67
ท้อแท้ หดหู่ ซึมเศร้า	9	15
อึดอัดใจ ไม่มีความสุข น้อยใจ	9	15
เป็นภาระ	6	10
ด้านเศรษฐกิจสังคม		
เวลาเป็นส่วนตัวลดลง	13	21.67
มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	6	10
ทำงานไม่ได้มีประสิทธิภาพ / ขาดโอกาสในการทำงาน	6	10
ขัดแย้งกับบุคคลอื่น (ญาติ ผู้ร่วมงาน)	4	6.67
สัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลง	3	5
ทำงานหนักมากขึ้น	2	3.33

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

ผลกระทบจากการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบด้านบวก (N = 82)		
ด้านอารมณ์และจิตใจ		
ทดแทนบุญคุณ	38	46.34
เกิดความภูมิใจ	28	34.15
เกิดความรัก ความใกล้ชิดกันมากขึ้น	21	25.61
มีความสุข	20	24.39
เป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ / เป็นความรับผิดชอบ	12	14.64
เข้าใจชีวิตมากขึ้น มีคุณค่า มีกำลังใจ มีความอดทน	4	4.88
ด้านสังคม		
ได้ความรู้เพิ่มขึ้น เป็นที่ปรึกษากับบุคคลอื่น	5	6.1
ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว	3	3.66
ด้านอื่น ๆ		
คาดหวังได้รับผลตอบแทนในอนาคต	1	1.22

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแล 1 คน อาจมีผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 อย่าง

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 86.24 คะแนน (SD = 25.21) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด 5 อันดับแรกได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย การจัดการกับความเครียดหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย การออกกำลังกาย และการมีเวลาเป็นส่วนตัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.9 – 3.13 คะแนน ซึ่งหมายความว่าญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ไม่ดีในกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น โดยที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อไม่สบายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M = 2.9, SD = 1.36) สำหรับกิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุดที่สุดเป็นเรื่องการดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.64 คะแนน (SD = 1.29) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงาน
นอกบ้าน (n = 95)

การดูแลตนเอง	M	SD
ดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ	3.64	1.29
ตรวจสอบสุขภาพฟันประจำปี	3.60	1.17
ดูแลสุขภาพสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การแต่งกายให้สะอาด	3.57	1.30
รับประทานอาหารเป็นเวลา	3.56	1.25
ตรวจร่างกายประจำปี เช่น ตรวจเลือด วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก	3.54	1.32
ได้รับอากาศบริสุทธิ์	3.50	1.33
รับประทานอาหารเพียงพอ	3.51	1.29
รักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน และกลุ่มสมรส เป็นต้น	3.49	1.19
ขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ ปกติ	3.47	1.39
มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	3.38	1.15
รักษาสัมพันธภาพในครอบครัว	3.37	1.35
มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ทำบุญตักบาตร ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานปีใหม่	3.35	1.33
งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น		
รับผิดชอบต่อหน้าที่งานประจำที่ปฏิบัติอยู่	3.32	1.30
นอนหลับอย่างเพียงพอ	3.28	1.31
มีเวลาพักผ่อน	3.20	1.22
มีเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	3.25	1.27
หาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจากแหล่งต่าง ๆ เช่น	3.24	1.29
โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ควบคู่กัน เป็นต้น		
ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ	3.24	1.28
จัดการกับปัญหาในที่ทำงาน	3.22	1.22
ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ตนเองสนใจ	3.16	1.19
หาวิธีป้องกันหรือลดความเครียดจากการทำงาน	3.13	1.28
การออกกำลังกาย	3.09	1.25
มีเวลาเป็นส่วนตัว เช่น ไปเที่ยวต่างจังหวัด ซ้อมปิ้งตามห้างสรรพสินค้า ดูภาพยนตร์	3.09	1.27
เป็นต้น		
ดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น	3.05	1.29
จัดการกับความเครียดหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	3.00	1.27
ดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ (ยารักษา	2.90	1.36
โรคประจำตัว ยาแก้ปวด)		

คะแนนรายด้านของการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการดูแลตนเองทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คะแนน (SD=.98) ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 คะแนน (SD=1.06) และด้านการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 คะแนน (SD=1.18) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (n = 95)

การดูแลตนเอง	M	SD
ด้านการดูแลตนเองทั่วไป	3.42	.98
ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	3.24	1.06
ด้านการดูแลตนเองเมื่อการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	3.16	1.18

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ยังต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล โดยร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 ได้แก่ กิจกรรมดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ (ยารักษาโรคประจำตัว ยาแก้ปวด) (ร้อยละ 35.8) กิจกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ร้อยละ 33.7) กิจกรรมในการหาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจากแหล่งต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ตัวบุคคล เป็นต้น (ร้อยละ 31.6) และกิจกรรมจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (ร้อยละ 30.5) สำหรับกิจกรรมที่ดูแลตนเองลดลง 5 อันดับแรก ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัว (ไปเที่ยวต่างจังหวัด ซ้อปปิ้งตามห้างสรรพสินค้า ดูภาพยนตร์ เป็นต้น) การมีเวลาพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ทำบุญตักบาตร ไปวัด ไปงานแต่งงาน เป็นต้น) และกิจกรรมการนอนหลับอย่างเพียงพอ โดยกิจกรรมที่มีการดูแลตนเองลดลงอยู่ระหว่างร้อยละ 31.6 – 40 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (n = 95)

การดูแลตนเอง	ร้อยละของญาติผู้ดูแล		
	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
ดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ต่าง ๆ (ยารักษาโรคประจำตัว ยาแก้ปวด)	7.4	56.8	35.8
ดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	10.5	55.8	33.7

ตารางที่ 7 ร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเอง
เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (n = 95) (ต่อ)

การดูแลตนเอง	ร้อยละของญาติผู้ดูแล		
	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
หาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจากแหล่งต่าง ๆ	9.5	58.9	31.6
เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ตัวบุคคล เป็นต้น			
จัดการกับความเครียดหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	13.7	55.8	30.5
รับผิดชอบต่อน้ำที่งานประจำที่ปฏิบัติอยู่	11.6	62.1	26.3
หาวิธีป้องกันหรือลดความเครียดจากการทำงาน	12.6	61.1	26.3
ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ตนเองสนใจ	18.9	54.7	26.3
มีเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	18.9	55.8	25.3
มีเวลาพักผ่อน	37.9	37.9	24.2
การออกกำลังกาย	31.6	44.2	24.2
มีเวลาเป็นส่วนตัว เช่น ไปเที่ยวต่างจังหวัด ซ้อมปิ้งตามห้างสรรพสินค้า ดูภาพยนตร์ เป็นต้น	40	35.8	24.2
จัดการกับปัญหาในที่ทำงาน	13.7	62.1	24.2
รับประทานอาหารเป็นเวลา	10.5	66.3	23.2
รักษาสัมพันธภาพในครอบครัว	10.5	66.3	23.2
นอนหลับอย่างเพียงพอ	28.4	49.5	22.1
ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ	6.3	72.6	21.1
ตรวจสอบสุขภาพฟันประจำปี	13.7	67.4	18.9
มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	14.7	67.4	17.9
ได้รับอากาศบริสุทธิ์	4.2	78.9	16.8
ขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ ปกติ	7.4	75.8	16.8
ตรวจร่างกายประจำปี เช่น ตรวจเลือด วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก	9.5	73.7	16.8
รับประทานอาหารเพียงพอ	7.4	76.8	15.8
รักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน และคู่สมรส	20	64.2	15.8
มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ทำบุญตักบาต ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานปีใหม่ งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น	31.6	53.7	14.7
ดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ	5.3	81.1	13.7
ดูแลสุขภาพสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การแต่งกายให้สะอาด	9.5	78.9	11.6

ความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 57.86 คะแนน (SD = 18.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค การบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคลากรทางการแพทย์ ความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์ การบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ และความเข้าใจ/เห็นใจ จากสังคม คนรอบข้างและเพื่อนร่วมงาน โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่าง 3.21 – 3.58 สำหรับค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ ทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างเพื่อนร่วมงานจากการให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย (M = 2.53, SD = 1.32) ทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย (M = 2.53, SD = 1.25) และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อนเช่น การทำแผล การฉีดยา (M = 2.79, SD = 1.28) นอกจากนี้หากพิจารณาความต้องการรายชื่อที่ญาติผู้ดูแลมีความต้องการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปพบว่า ความต้องการที่มีญาติผู้ดูแลเลือกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค (ร้อยละ 75.79) รองลงมาคือ ความต้องการการบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 74.74) และความต้องการความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์ (ร้อยละ 73.68) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของญาติผู้ดูแลที่มีความต้องการการช่วยเหลือระดับ 3 ขึ้นไป จำแนกตามรายชื่อ (N=95)

ความต้องการ	M	SD	ความต้องการ ระดับ 3 ขึ้นไป (ร้อยละ)
ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค	3.58	1.37	75.79
การบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคลากรทางการแพทย์	3.45	1.29	74.74
ความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์	3.41	1.24	73.68
การบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัด	3.32	1.39	70.53
ความเข้าใจ / เห็นใจ จากสังคม คนรอบข้าง และเพื่อนร่วมงาน	3.21	1.39	70.53
ความยืดหยุ่นของเวลาเข้าและเลิกงาน	3.18	1.30	69.47
ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน / แหล่งประโยชน์ที่ให้บริการ ในการดูแล และให้ความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ทั้งที่เสียเงิน ไม่เสียเงิน)	3.12	1.17	70.53
ทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยความผิดปกติทางด้านการคิดและสติปัญญา เช่น ภาวะซึมเศร้า อาการหลงลืม เป็นต้น	3.08	1.23	69.47
การช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยเช่น การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น	3.04	1.23	66.32
ความช่วยเหลือในการเดินทางมาพบแพทย์	3.04	1.39	60
ข้อมูล / แนวทางช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย	2.99	1.11	68.42
ความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลรอง โดยผู้อื่นมาทำกิจกรรมการดูแลแทน	2.99	1.28	66.32
ความช่วยเหลือในการดูแลรักษาความสะอาดภายในบ้านจากผู้อื่น จากญาติ จากบุคคลอื่น	2.93	1.33	63.16
ความช่วยเหลือหรือการบริการด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น รถเข็น เตียงลม เป็นต้น	2.85	1.45	56.84
การเยี่ยมบ้านจากจากแพทย์ พยาบาล	2.83	1.45	58.95
ความช่วยเหลือด้านการเงิน	2.80	1.41	56.84
ฝึกทักษะในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อนเช่น การทำแผล การนวด เป็นต้น	2.79	1.28	57.89
ทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย	2.73	1.25	53.68
ทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างเพื่อนร่วมงานจากการให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย	2.53	1.32	51.58

นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด โดยให้ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านได้ระลึกถึงและอธิบายโดยการบรรยายลงในแบบสอบถาม อันได้แก่ เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในรายชื่อที่ระบุระดับความต้องการตั้งแต่ 3 ขึ้นไป ความต้องการการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่

ญาติผู้ดูแลบรรยายลงในแบบสอบถามและจากการสอบถามเพิ่มเติม มาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็นข้างต้น นอกจากนี้ยังนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะความถี่และร้อยละในแต่ละประเด็น การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการที่ญาติผู้ดูแลบรรยายลงในแบบสอบถามและจากการสอบถามเพิ่มเติม นำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้คือ เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือ ความต้องการการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ

1. เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือ

จากการที่ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านได้อธิบายถึงเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ตามรายชื่อ หากพิจารณาถึงความต้องการรายชื่อที่ญาติผู้ดูแลมีความต้องการในระดับ 3 ขึ้นไป พบว่ามีมากกว่าร้อยละ 50 แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลในระดับปานกลาง โดยพบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลระดับ 3 ขึ้นไปที่มีมากกว่าร้อยละ 70 คือข้อ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน การบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคลากรทางการแพทย์ ความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์ การบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์เฉพาะทาง ความเข้าใจ/เห็นใจ จากสังคม คนรอบข้างและเพื่อนร่วมงาน และข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน/แหล่งประโยชน์ที่ให้บริการในการดูแล และให้ความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ทั้งที่เสียเงิน ไม่เสียเงิน) ซึ่งสอดคล้องกับ 5 อันดับแรกของความต้องการการช่วยเหลือ ในการดูแล ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการในรายชื่อดังกล่าวเป็นอันดับต้น ซึ่งเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในความต้องการการดูแลรายชื่อ สามารถจัดกลุ่มเหตุผลในแต่ละรายชื่อของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ดังนี้

1.1 เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลด้านทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค ประกอบไปด้วย การขาดความรู้และทักษะ และขาดความมั่นใจ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

“คุณแม่เป็นโรคไต เคยนอนคไปครั้งหนึ่ง ตอนนั้นทำอะไรไม่ถูกเลย จะได้ว่าต้องทำอะไรก่อนหลัง” (ผู้ดูแลรายที่ 2 เป็นลูกสาวคุณแม่)

“ในอดีตต้องการความรู้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับคนในครอบครัว จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ปัจจุบันรู้สึกเป็นปกติแล้ว ก็ยังต้องการความรู้” (ผู้ดูแลรายที่ 35 เป็นลูกสาวคุณแม่)

“เพราะถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น จะได้ปฏิบัติได้” (ผู้ดูแลรายที่ 1 เป็นลูกสาวคุณแม่)

ขาดความมั่นใจในการดูแล

“ลดภาวะตื่นเต้น จะทำได้ถ้าฉุกเฉิน” (ผู้ดูแลรายที่ 58 เป็นลูกสาวดูแลพ่อ)

“จะได้ฝึกปฏิบัติ และทำได้อย่างมั่นใจ” (ผู้ดูแลรายที่ 64 เป็นลูกสาวดูแลพ่อ)

1.2 เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลด้านการบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ จากบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบไปด้วย เป็นบริการที่สะดวก ขาดความรู้และทักษะในการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแล ขาดที่ปรึกษา ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

คิดว่าเป็นบริการที่สะดวก

“เข้าใจอาการที่เกิดขึ้น ก็จะพาไปหาหมอ เราก็บอกว่าโทรไปปรึกษาก่อน ดีกว่า จะได้ว่าต้องทำอะไร” (ผู้ดูแลรายที่ 20 เป็นภรรยาดูแลสามี)

“เวลาฉุกเฉิน จะได้เลือกใช้บริการเพราะสะดวก ได้ข้อมูลทันที” (ผู้ดูแลรายที่ 90 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ขาดความรู้และทักษะในการดูแล

“ได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาล (แห่งหนึ่ง) เวลามีปัญหา สงสัย” (ผู้ดูแลรายที่ 35 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ขาดความมั่นใจในการดูแล

“จะได้นำคำปรึกษามาใช้กับผู้ป่วยได้” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 23 เป็นพี่สาวดูแลน้องสาว)

ขาดที่ปรึกษา

“เพราะเวลามีปัญหา จะได้โทรปรึกษาได้ทันที” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 24 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

1.3 เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลด้านความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์ ประกอบไปด้วย สามารถบริหารเวลาได้ เป็นการบริการที่สะดวก สร้างความมั่นใจ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

สามารถบริหารเวลาได้

“ปกติแพทย์นัด 3 เดือนครั้ง จะรู้ล่วงหน้า ก็จะลาถูกวัน” (ผู้ดูแลรายที่ 70 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“จะได้สะดวก ถ้านัดในวันที่สามารถพาไปได้ ก็จะพาไปล้างไตทุกวัน พุธ กับ เสาร์ เป็นประจำ” (ผู้ดูแลรายที่ 2 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

คิดว่าเป็นบริการที่สะดวก

“ต้องพบแพทย์หลายแผนก ก็จะพาไปทีเดียว เดี่ยวนี้โทรเลื่อนนัดได้ ไม่ต้องไปเอง” (ผู้ดูแลรายที่ 64 เป็นลูกสาวดูแลพ่อ)

สร้างความมั่นใจ

“จะได้มั่นใจว่าได้ตรวจแน่นอนในวันนั้น ๆ ไม่เสียเวลา” (ผู้ดูแลรายที่ 41 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

1.4 เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลด้านการบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัด ประกอบไปด้วยขาดแหล่งช่วยเหลือ ขาดความรู้และทักษะในการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

ขาดแหล่งช่วยเหลือ

“ไม่มีเวลาดู ต้องพาไปทำกายภาพที่โรงพยาบาลวันเว้นวัน” (ผู้ดูแลรายที่ 63 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

“จะได้เพิ่มพูนความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้ป่วย” (ผู้ดูแลรายที่ 54 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ขาดความมั่นใจในการดูแล

“ทำเองก็ไม่รู้ว่าจะได้ผลมากแค่ไหน” (ผู้ดูแลรายที่ 63 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

1.5 เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลด้านความเข้าใจ / เห็นใจ จากสังคม ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ประกอบไปด้วย ความขัดแย้งในบทบาท ขาดกำลังใจ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

ความขัดแย้งในบทบาท

“เพราะต้องทำงานตามเวลาปกติ ซึ่งบางครั้งอาจมาช้าเพราะต้องดูแลผู้ป่วยก่อนมาทำงาน ไม่อยากขัดแย้งกับครูคนอื่น ฝากเค้าอยู่เวรบ่อย ๆ ก็ไม่ดี” (ผู้ดูแลรายที่ 64 ลูกสาวดูแลพ่อ)

“ไม่ชอบให้คนอื่นมองไม่ดี เวลามาช้า กลับเร็ว อยากให้รู้ว่าเรามีความจำเป็น” (ผู้ดูแลรายที่ 56 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ขาดกำลังใจ

“จะได้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่ต้องมากังวลเรื่องอื่น ๆ “ (ผู้ดูแลรายที่ 70 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

1.6 เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลด้านข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน/แหล่งประโยชน์ที่ให้บริการในการดูแล และให้ความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ทั้งที่เสียเงิน ไม่เสียเงิน) ได้แก่ ขาดข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ขาดความมั่นใจในการดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

ขาดข้อมูลที่เป็นประโยชน์

“ไม่รู้ว่าที่ไหนให้บริการแบบใด” (ผู้ดูแลรายที่ 62 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“บางที่ก็ต้องการเด็กศูนย์มาช่วยดูแลเป็นบางครั้ง ถ้ารู้ว่าจะตรงไหนดี จะได้โทรติดต่อได้ จะได้วางใจ” (ผู้ดูแลรายที่ 1 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

ขาดความมั่นใจในการดูแล

“เพื่อขอคำแนะนำเวลาจำเป็น จะได้โทร ไปที่หน่วยงานนั้นโดยตรง” (ผู้ดูแลรายที่ 15 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ญาติผู้ดูแลได้ระบุถึงเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปในรายชื่อของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลที่มีญาติผู้ดูแลเลือกมากกว่าร้อยละ 70 พบว่า การขาดความรู้และทักษะในการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแลเป็นเหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลระบุไว้ นอกจากนี้ยังมีเหตุผลในเรื่อง ความขัดแย้งในบทบาท ขาดข้อมูล ขาดที่ปรึกษา เป็นบริการที่สะดวกและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยเหตุผล เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของเหตุผลที่ญาติผู้ดูแลระบุเมื่อความต้องการการช่วยเหลือมีคะแนนตั้งแต่ระดับ 3 หรือมากกว่า

เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค (N=32)		
- ขาดความรู้และทักษะในการดูแล	23	71.85
- ขาดความมั่นใจในการดูแล	20	62.5
ด้านการบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคคลกรทางการแพทย์ (N=30)		
- เป็นบริการที่สะดวก	23	76.67
- ขาดความรู้และทักษะในการดูแล	13	43.33
- ขาดความมั่นใจในการดูแล	6	20
- ขาดที่ปรึกษา	6	20

**ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของเหตุผลที่ญาติผู้ดูแลระบุเมื่อความต้องการการช่วยเหลือมีคะแนน
ตั้งแต่ระดับ 3 หรือมากกว่า (ต่อ)**

เหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์ (N=30)		
- สามารถบริหารเวลาได้	23	76.67
- เป็นการบริการที่สะดวก	12	40
- สร้างความมั่นใจ	6	20
ด้านการบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัด (N=22)		
- ขาดแหล่งช่วยเหลือ	16	72.72
- ขาดความรู้และทักษะในการดูแล	12	54.54
- ขาดความมั่นใจในการดูแล	11	50
ด้านการความเข้าใจ / เห็นใจ จากสังคมคนรอบข้าง และเพื่อนร่วมงาน (N=18)		
- ความขัดแย้งในบทบาท	14	82.35
- ขาดกำลังใจ	8	47.05
ด้านข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน/แหล่งประโยชน์ที่ให้บริการในการดูแล และให้ความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ทั้งที่เสียเงิน ไม่เสียเงิน) (N=16)		
- ขาดข้อมูลที่เป็นประโยชน์	12	75
- ขาดความมั่นใจในการดูแล	5	31.25

หมายเหตุ: ญาติผู้ดูแลบางคนอาจให้เหตุผลของความต้องการมากกว่า 1 เหตุผล

2. ความต้องการการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ

จากเหตุผลของความต้องการดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านยังได้ระบุความต้องการการช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้นจากความต้องการการช่วยเหลือที่ไม่ได้ระบุไว้ในแบบสอบถาม ซึ่งนับว่าน่าสนใจและทราบความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น และเป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลได้มากขึ้น จากการรวบรวมคำบรรยายที่ญาติผู้ดูแลได้อธิบายไว้ในแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย สามารถจัดกลุ่มของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลได้ดังนี้คือ ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ความต้องการการช่วยเหลือจากองค์กรที่เกี่ยวข้องและความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยมีคำบรรยายที่แสดงถึงความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลดังนี้

2.1 ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นความต้องการการช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลต้องการการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ อันประกอบไปด้วย การให้บริการจากแพทย์ผู้รักษา การได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้

การให้บริการจากแพทย์ผู้รักษา

“ผู้ป่วยต้องการกำลังใจและคำพูดที่น่านวล สุภาพ ไพเราะ เห็นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยบรรยาย แม้ว่าสิ่งที่เป็ขณะนั้นไม่ serious มากแต่ก็ต้องตั้งใจฟังและค่อย ๆ ชี้แจงกับผู้ป่วย เพราะสิ่งนี้ จะเป็นยารักษาโรคได้ดีกว่า ด้วยาเม็ด ยาน้ำ คำพูดของแพทย์ที่เอาใจใส่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยจำ และพูดถึงซ้ำ ๆ ด้ด้วยความภูมิใจและมีกำลังใจไปปฏิบัติตาม” (ผู้ดูแลรายที่ 11 ลูกสาวดูแลแม่)

“การไปพบแพทย์ยังไม่สะดวกเท่าที่ควร และโรงพยาบาลของรัฐบาลไม่ค่อยจะเห็นคนอายุมากสำคัญเท่าที่ควร แพทย์ยังขาดจรรยาบรรณของแพทย์อยู่มาก ส่วนมากคนแก่จะไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรและถ้ายังถ้าไม่มีเส้นสายอื่นก็ยิ่งทำให้คนป่วยตายเร็วขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 20 ภรรยาดูแลสามี)

“ไปตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ก็เป็นหมอฝึกหัดมาตรวจ พ่อกรรมิก็อ่อนที่รักเร็ว หมอก็ตรวจคลำ ๆ แล้วก็บอกว่าไม่น่าใช่เนื้อร้าย ผ่านไปอีกหนึ่งเดือนก็อ่อนมันขึ้นมากอีกข้าง คราวนี้ส่งตรวจชิ้นเนื้อ หมอบอกว่าเป็นเนื้อร้าย ครุ่นะเสียใจมาก ๆ คิดดูว่าจะรู้ว่าพ่อเป็นมะเร็งผ่านไปเกือบ 2 เดือน ทั้ง ๆ ที่น่าจะเริ่มรักษาได้เร็ว” (ผู้ดูแลรายที่ 67 ลูกสาวดูแลพ่อ)

การได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์

“เวลาจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและโรคภัย ควรจะจัดวันหยุด เพราะถ้าเป็นวันธรรมดาต้องทำงาน จะขอลาไปฟังที่ก็คงลำบาก เป็นวันหยุดนี้จะสะดวกมากขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 1 ลูกสาวดูแลแม่)

“ต้องการให้ช่วยเหลือโดยมีโครงการให้คำปรึกษา แนะนำดูแลผู้ป่วยโรคอาการหลงลืมตั้งแต่สามารถเดินได้ และในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยเดินไม่ได้” (ผู้ดูแลรายที่ 35 ลูกสาวดูแลแม่)

2.2 ความต้องการการช่วยเหลือจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง เป็นความต้องการที่ญาติผู้ดูแล เพื่อแบ่งเบาภาระอันเกิดขึ้นจากการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ประกอบไปด้วย การให้บริการจากสถานพยาบาล สิทธิประโยชน์จากรัฐ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

การให้บริการจากสถานพยาบาล

“ด้านบริการที่โรงพยาบาล ควรมีบุคลากรมากกว่านี้เพราะเวลาที่คนไข้ไปหาหรือพบแพทย์ ต้องใช้เวลานานในการรอคอยนานมากทำให้คนไข้เกิดภาวะเครียดมากขึ้น ถ้าเป็นไปได้ต้องการความช่วยเหลือด้านนี้มากที่สุดคะ” (ผู้ดูแลรายที่ 58 ลูกสาวดูแลพ่อ)

“ควรมีหน่วยงานแพทย์ปฏิบัตินอกสถานที่ ที่คิดค่าบริการที่ราคาถูก คล้ายแพทย์อาสา เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของญาติผู้ป่วย หรือป้องกันผู้ป่วยถูกทอดทิ้งจากญาติ เนื่องจากต้องออกไปทำงาน” (ผู้ดูแลรายที่ 43 ลูกสาวดูแลแม่)

สิทธิประโยชน์จากรัฐ

“รัฐบาลควรใส่ใจ และควรจะตระหนักถึงภาระหน้าที่ของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน คือควรมีสถานพยาบาลที่อยู่ในชุมชน มีแพทย์พยาบาลสาธารณสุขดูแลตลอดในกรณีฉุกเฉิน” (ผู้ดูแลรายที่ 5 ลูกสาวดูแลแม่)

“บางครั้งโรงพยาบาลรัฐอยู่ไกลจากบ้าน ก็ต้องพาเข้ารักษากับโรงพยาบาลเอกชน ค่าเจาะเลือด ค่ายาแพง แต่เบิกไม่ได้ อยากให้รัฐออกนโยบายให้นำไปเบิกได้เหมือนทางราชการ” (ผู้ดูแลรายที่ 17 ลูกสาวดูแลแม่)

2.3 ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

เป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการ

การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย อันได้แก่ ความต้องการจากเพื่อนร่วมงาน ความต้องการจากผู้ป่วย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้

จากเพื่อนร่วมงาน

“ความต้องการในการช่วยเหลืออื่น ๆ คงเป็นเรื่องของความเข้าใจของเพื่อนร่วมงาน และผู้บริหาร มองว่าไม่ค่อยเสียสละเวลาหรือปฏิบัติงานบกพร่อง เพราะต้องมาช้าหน่อย หรือบางครั้งต้องกลับบ้านเร็ว อยากให้เข้าใจกันบ้าง จะได้ไม่เครียด” (ผู้ดูแลรายที่ 65 ลูกสาวดูแลแม่)

จากผู้ป่วย

“ภาระหน้าที่ในการทำงาน และครอบครัวของตนเองด้วย เพราะคุณแม่เป็นคนมีอายุมาก ต้องการกำลังใจหรือคนปลอบใจอยู่ตลอดเวลา ผู้ดูแลเอง บางครั้งก็เกิดความน้อยใจว่าดูแลแล้วแต่ยังไม่ได้รับความเข้าใจที่ตัวของผู้ป่วยเสมอ สิ่งที่ต้องการมากที่สุดก็คงเป็นความเข้าใจจากตัวผู้ป่วยนะ เราจะได้มีกำลังใจดูแลต่อไป” (ผู้ดูแลรายที่ 26 ลูกสาวดูแลแม่)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ญาติผู้ดูแลระบุถึงความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ นอกเหนือจากความต้องการการช่วยเหลือจากแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย แล้วสามารถแบ่งประเภทของความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ ได้แก่ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้บริการจากแพทย์ผู้รักษา (ร้อยละ 31.43) การได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 26.09) ความต้องการการช่วยเหลือจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้บริการจากสถานพยาบาล (ร้อยละ 60.87) สิทธิประโยชน์จากรัฐ (ร้อยละ 13.04) และความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น ผู้ป่วย (ร้อยละ 8.69) เพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 13.04) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ของความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ ของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (N=23)

ความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ	จำนวน	ร้อยละ
จากบุคลากรทางการแพทย์		
การให้บริการจากแพทย์ผู้รักษา	7	31.43
การได้รับความรู้	6	26.09
จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง		
การให้บริการจากสถานพยาบาล	14	60.87
สิทธิประโยชน์จากรัฐ	3	13.04
จากบุคคลอื่น		
เพื่อนร่วมงาน / นายจ้าง	3	13.04
ผู้ป่วย	2	8.69

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแลบางคนอาจมีความต้องการการช่วยเหลือมากกว่า 1 ความต้องการ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ผลงานวิจัยพบว่า ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ย 43.60 คะแนน การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ค่าเฉลี่ย 86.24 คะแนน แสดงว่า หากพิจารณาคะแนนการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลพบว่ามีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 36 – 130 คะแนน และมีญาติผู้ดูแลมีคะแนนการดูแลตนเองสูงสุดเท่ากับ 130 คะแนน จำนวน 1 คน ซึ่งหมายความว่าญาติผู้ดูแลนั้นมีการดูแลตนเองที่ดี สำหรับคะแนนความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีค่าเฉลี่ย 57.86 คะแนน มีคะแนนความต้องการการช่วยเหลือมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 19 – 95 คะแนน ผลการวิจัย

พบว่านิสิตผู้ดูแลที่มีคะแนนความต้องการการช่วยเหลือต่ำสุดมีจำนวน 2 คน และสูงสุดจำนวน 1 คนนั้นหมายความว่านิสิตผู้ดูแลไม่มีความต้องการการช่วยเหลือ ไปจนถึงมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวมากที่สุด แสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลของนิสิตผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (n= 95)

ตัวแปร	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย	15-75	19.49-64.32	43.60	10.81
การดูแลตนเอง	26-130	36-130	86.24	25.21
ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล	19-95	19-95	57.86	18.30

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.601, p < .01$) ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือของนิสิตผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .524, p < .01$) และการดูแลตนเองของนิสิตผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือของนิสิตผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 วิเคราะห์สหประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 95)

ตัวแปร	1	2	3
1. ภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย	1.000		
2. การดูแลตนเองของนิสิตผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	-.601**	1.000	
3. ความต้องการการช่วยเหลือของนิสิตผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน	.524**	-.54**	1.000

** $p < .01$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ นำเสนอประเด็นการอภิปรายผลการตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.5) เป็นเพศชาย ร้อยละ 9.5 อายุเฉลี่ย 49.64 ปี มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร (ร้อยละ 85.3) ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูงไปจนถึงปริญญาโท ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี รายได้ของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน อยู่ระหว่าง 6,000 - 70,000 บาท โดยพบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 82.1 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท และรายได้บุคคลเฉลี่ย 28,119.09 บาทต่อเดือน

จากคุณสมบัติที่กล่าวมาข้างต้น ประเด็นเรื่องเพศ อายุ และความสัมพันธ์ใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ที่พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร คู่สมรส และเป็นเพศหญิงวัยกลางคน (ชนิดา มณีวรรณและคณะ, 2535; เพียงใจ ตีระไพรวงศ์, 2540; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; วันดี โตสุขศรี, 2540; สมฤดี สัทธิมงคล, 2541; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; Monkong S., 1999; Niyomthai N., 2002; Papangkorn R., 2003; Prapasuchat, 2002; Wongjunlongsin, 1999; Yothayai C., 2004) ซึ่งอาจเนื่องจากวัฒนธรรมของไทยที่กล่าวว่า บุตรมีหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลบิดามารดาเหมือนกับการทดแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญูทดแทน (Boonchalaksi, 2000; Knodel, Chayavan, & Siriboon, 1992) และจากความคาดหวังของครอบครัวที่มุ่งหวังให้เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแล แต่ก็มีญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายเป็นส่วนน้อยในงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ ประภาสุชาติ (Prapasuchat J., 2002) ที่พบร้อยละ 22.5 หรือของนิภา นิยมไทย ซึ่งพบร้อยละ 15.8 (Niyomthai N., 2002) ซึ่งอาจเป็นเพราะ

การศึกษาที่แตกต่างสถานที่กัน โดยที่การศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาที่นครราชสีมาและสงขลา และกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนั้นเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ทำงานเป็นส่วนใหญ่ตามลำดับ แต่การศึกษากครั้งนี้ศึกษาในกรุงเทพมหานครและผู้วิจัยมุ่งศึกษากลุ่มเป้าหมายที่ต้องทำงานนอกบ้านและเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประชากรกลุ่มที่มีอาชีพครู/อาจารย์ที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร ซึ่งส่วนใหญ่อาชีพครูเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายอยู่แล้ว สอดคล้องกับสถิติจำนวนครู/อาจารย์ ที่สังกัดคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในปีการศึกษา 2548 ซึ่งพบว่า มีจำนวนครู/อาจารย์ทั้งหมด 13,041 คน มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2550) จากการที่พบว่ามีทั้งเพศหญิงและเพศชายเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น อาจเป็นเพราะสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2547; Wongsith & Siriboon, 1999) บางครอบครัวประกอบไปด้วยบิดา มารดาและบุตร หรือบางครอบครัวมีแต่สามีและภรรยาโดยไม่มีบุตรทำให้เมื่อบุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยซึ่งอาจเป็นบิดาหรือมารดาที่มีบุตรชายเพียงคนเดียว หรือกรณีที่มีบุตรที่เจ็บป่วย จึงทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวที่เหลืออยู่ และในสังคมเมืองที่เพศหญิงมีการศึกษาที่สูงขึ้น จำนวนผู้หญิงที่ต้องทำงานนอกบ้านก็มีมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550ค) ก็ทำให้เพศชายมีหน้าที่ที่ต้องช่วยดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอีกด้วย

สำหรับประเด็นในเรื่องระดับการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (Wongjunlongsin S., 1999; Buddhawan N., 2002) ทั้งที่การศึกษาของสุวลักษณ์ วงษ์จรโรจน์ และ นันทวรรณ พุทธวรรณ เป็นการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร อาจเป็นเพราะการศึกษาทั้ง 2 เรื่องพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพทำงานนอกบ้าน แต่สำหรับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งหมดเป็นผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านโดยรับราชการเป็นครู/อาจารย์ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมพร้อม อาจทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่เข้ามาในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่คุกคามในชีวิตถึงแม้ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงก็ตาม ดังนั้นระดับการศึกษาที่พบในงานวิจัยครั้งนี้อาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปจัดรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับบทบาท เช่น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีประเด็นเกี่ยวกับรายได้ส่วนบุคคล ซึ่งหากพิจารณาจากค่าใช้จ่ายต่อครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานครในปีพ.ศ.2547 เท่ากับ 22,982 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550ง)

ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเองและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ตามสิทธิของข้าราชการ อาจประเมินได้ว่า มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย สอดคล้องกับ นิภา นิยมไทย (Niyomthai N., 2002: 62) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวว่า ร้อยละ 66.7 ของญาติผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ก็ยังมีญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ระบุถึงปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจากการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เพราะค่าใช้จ่ายมิได้มีเพียงค่ายาและค่ารักษาเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ ค่าจ้างผู้ดูแล และค่าเดินทางอื่น ๆ อีกมากมาย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ทำให้รายได้ไม่พอจ่ายรายจ่าย ต้องกู้เงินจากส่วนราชการและธนาคารเพื่อนำมาดูแล”

ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 19.49 – 64.32 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 43.60 คะแนน (SD = 10.81) แสดงว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านรับรู้ถึงภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในระดับปานกลาง และพบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีคะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการดูแล (M=51.34, SD=11.15 และ M=41.02, SD=12.12 ตามลำดับ) หากพิจารณารายชื่อของกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลสูงสุดได้แก่ การจัดการเรื่องการให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน (M=3.72, SD=.93) และกิจกรรมที่ความยากลำบากในการดูแลสูงสุดคือ กิจกรรมการรักษาพยาบาล (M=3.08, SD=1.08)

จากผลการวิจัยข้างต้น คะแนนเฉลี่ยของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีคะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากในการดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่ามีความเหนื่อยล้าของปริมาณที่ใช้ในการดูแลมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากในการดูแล โดยศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกันเช่น บิดามารดาที่ดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง คู่สมรสที่รอการเปลี่ยนไต มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มารดาเด็กออทิสติก ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (จริยา วิทชะสูตร, 2539; นมิตา ถ.สกุล, 2544; ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย, 2540; รสสิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; อรทัย ทองเพชร, 2545; Carey, et al., 1991; Donprapeng B, 2006; Tuangsing P, 2001) ซึ่งการศึกษาข้างต้นใช้เครื่องมือในการวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลแบบเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ในการศึกษาอื่น ๆ ที่ใช้เครื่องมือที่มีแนวคิดคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ เช่น การศึกษาของ ชยมน บุญลักษณะ (Boonluk S., 2005) ที่ศึกษาในมารดาเด็กออทิสติกก็พบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล (Time consuming) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของความยากลำบาก

ในการดูแล (difficulty) ($M=64.89$, $SD=12.27$ และ $M=59.47$, $SD=14.14$) เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าแม้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลไม่สามารถลดลงได้ แต่ความยากลำบากในการดูแลเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติให้ลดลงได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาที่ให้การดูแลที่ยาวนานเพียงพอทำให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติกรดูแล กิจกรรมการดูแลไม่ยุ่งยากซับซ้อน ความรู้สึกที่ดีในการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มีค่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.64 ปีซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ของชีวิตมาแล้ว ทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลตนเองและบุคคลอื่นที่ต้องการการดูแลได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้น (วิลเลียมส์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) และหากพิจารณาตามแนวคิดจิตวิทยาพัฒนาการของมนุษย์ของอีริกสัน (Erickson's psychosocial development stage) พบว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (40-65 ปี) จะให้ความสำคัญครอบครัวและชุมชน มีความรับผิดชอบและต้องการเป็นผู้นำที่ประสบความสำเร็จ และเป็นแบบอย่างให้กับคนรุ่นต่อไป โดยจะแบ่งปันเพื่อแผ่เอื้ออาทรให้กับบุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน เป็นระยะที่บุคคลหันมาสนใจกับโลกภายนอก ริเริ่มสร้างสรรค์งานต่าง ๆ เพื่อสังคม คิดถึงผู้อื่น ไม่โลภหรือเห็นแก่ได้ฝ่ายเดียว (Andreas, 1992; Chapman, 2006) ซึ่งอาจทำให้มองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่าเป็นเหตุการณ์ที่สามารถจัดการให้ผ่านไปได้ในระดับหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะมีญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้เข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลถึงร้อยละ 62.1 ก็ตามแต่ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 65.3 ซึ่งโอเรม (Orem, 2001: 284) กล่าวว่าผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา อันได้แก่ความสามารถในการคาดการณ์ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติ เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลอื่น ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงอาจสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ดีกว่า และสามารถแสวงหาข้อมูลและเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี ประกอบกับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.5 และส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 85.3) ซึ่งเป็นบุคคลที่สังคมคาดหวังให้เป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงทำให้ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยความเต็มใจ คิดว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณหรือทำเพื่อบุคคลอื่นเป็นที่รัก ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “ทุกอย่างที่ทำคือความเต็มใจ ยินดี ไม่ถือนี่คือภาระ” “ได้ทำอะไรให้ท่านแล้วรู้สึกสบายใจไม่เหนื่อยเลย” “เป็นการแสดงความกตัญญู ตอบแทนพระคุณด้วยความเอาใจใส่และเต็มใจ” คำกล่าว

ข้างต้นอาจส่งผลต่อการประเมินภาระการดูแลถึงแม้จะมีกิจกรรมการดูแลมาก แต่ญาติผู้ดูแลอาจรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลน้อยหรือไม่มีภาระการดูแลเลย

ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยพบว่า บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 85.3 โดยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และยังมีกิจกรรมการดูแลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นใน 1 วัน เท่ากับหรือมากกว่า 7 กิจกรรม ร้อยละ 64.2 และมีระยะเวลาที่ให้การดูแลโดยเฉลี่ย 82.41 เดือน ระยะเวลาที่ให้การดูแลที่ยาวนานพอก็อาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถ มีทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้มากขึ้น ประกอบกับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านไม่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 58.9 และมีบุคคลอื่นที่คอยช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 73.7 ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลว่า “ที่บ้านจะอยู่กัน 4 คน จะมีหลาน แล้วยัง...ก็ได้ 2 คนนี้คอยดูแลเวลาครูมาทำงาน” ซึ่งอาจทำให้ภาระในการดูแลน้อยลงเนื่องจากมีบุคคลอื่นช่วยเหลือดูแลและแบ่งเบาภาระในการดูแลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของปีนเรศ กาศอุดม และคณะ (2547) ที่การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ ความผาสุก และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้านพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับญาติผู้ดูแล ความต้องการการดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลมากที่สุด ซึ่งปัจจัยทำนายทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพลังอำนาจของผู้ดูแลได้ร้อยละ 38 และ การศึกษาของสุริสา เต็มทับและคณะ (2548) ทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลด้านลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง จะมีการรับรู้ภาระในการดูแลลดลงและการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาระการดูแลได้ร้อยละ 37.6 ($R^2 = .376, p < .01$) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือภายในครอบครัว ที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลมีความรู้สึกเต็มใจที่จะให้การดูแล ไม่มองการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระ การมีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อาจมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลให้อยู่ในระดับปานกลางได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความยากลำบากในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมี

จำนวนชั่วโมงที่ต้องให้การดูแลมีค่าเฉลี่ย 7.87 ชั่วโมงต่อวันและในแต่ละกิจกรรมการดูแลต้องใช้เวลาในการจัดการแม้ว่าผู้ดูแลจะมีประสบการณ์การดูแลเพียงไรก็ตาม ก็ยังมีบทบาทอื่นเช่น เป็นบิดาหรือมารดาที่ต้องดูแลบุคคลในครอบครัวคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เจ็บป่วย มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในหน้าที่การงาน ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างระมัดระวัง ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “เวลาแต่ละส่วนมีค่าสำหรับเราไปเลย” อาจสะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลต้องการเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ประกอบกิจกรรมในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติไม่ใช่กิจกรรมที่มีความยากลำบาก หรือหากมีความยากลำบากแต่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เกิดความเคยชินอาจทำให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น อาจส่งผลให้การรับรู้ความยากลำบากในการดูแลอยู่ในระดับต่ำกว่าปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเกิดการประเมินภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางได้

หากพิจารณาคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยในด้านการจัดการเรื่องการให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน เป็นกิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุด ($M=3.72$, $SD=.93$) แตกต่างจากการศึกษาของเพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ากิจกรรมที่ใช้เวลามากคือการจัดการเรื่องการเดินทาง ทั้งนี้เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโดยมีอายุเฉลี่ย 74.92 ปีส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาของญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 85.3) ซึ่งหากพิจารณาตามแนวคิดจิตวิทยาพัฒนาการของมนุษย์ของอีริกสัน (Erickson's Psychosocial development stage) เป็นระยะที่ 8 ซึ่งเป็นวัยสูงอายุมีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งวัยนี้เป็นวัยสุขุม รอบคอบ ฉลาด บุคคลจะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ระลึกถึงความทรงจำในอดีต มีความมั่นคงทางจิตใจ ภูมิใจต่อการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตให้บุตรหลานฟัง แต่หากไม่ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจเกิดความท้อแท้สิ้นหวังทอดอาลัยในชีวิต (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2549; Chapman, 2006) ซึ่งอาจต้องการกำลังใจจากผู้อื่น แต่ญาติผู้ดูแลมีหน้าที่ต้องปฏิบัติอยู่หลายบทบาทและการที่ต้องให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก จึงทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “เพราะคุณแม่เป็นคนมีอายุมาก ต้องการกำลังใจหรือคนปลอบใจอยู่ตลอดเวลา...แต่เราต้องทำงาน” สำหรับกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเป็นกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาล ($M=3.08$, $SD=1.08$) อาจเป็นเพราะบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาใน 1 วันเท่ากับหรือมากกว่า 7 กิจกรรม (ร้อยละ 64.2) และญาติผู้ดูแลอาจไม่มีทักษะเพียงพอที่จะจัดการเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “การฉีดยาเป็นเรื่องยากมาก ๆ ส่วนทำแผลนั้นสามารถพอทำได้เท่านั้น ตอนแรกทำก็กลัว ๆ จะให้คนป่วยทำเองก็กลัวล้ม

เราต้องฝึกนึญดยาลดน้ำตาล ฝึกทำแผลบ่อย ๆ” “ต้องการให้ช่วยเหลือโดยมีโครงการให้คำปรึกษาแนะนำดูแลผู้ป่วย” ซึ่งจากคำกล่าวข้างต้นอาจทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในคะแนนเฉลี่ยที่สูงสุด

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ย = 86.24 คะแนน (SD = 25.21) แสดงว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการดูแลทั้ง 3 ส่วนพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (M=3.42, SD=.98) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (M=3.24, SD=1.06) และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (M=3.16, SD=1.18) หากพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองรายข้อพบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่มีคะแนนมากที่สุดได้แก่ การดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ (M = 3.64, SD = 1.29) ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเองที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ไม่ดี โดยมีคะแนนการดูแลตนเองน้อยที่สุดได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย (M = 2.9, SD = 1.36) รองลงมาคือ กิจกรรมการจัดการกับความเครียดหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (M = 3.00, SD = 1.27)) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในส่วนของร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ณ เวลาปัจจุบันเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาท พบว่า กิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามในการดูแลเพิ่มมากขึ้นสูงสุดได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย (ร้อยละ 35.8)

หากพิจารณาการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านตามทฤษฎีการดูแลตนเอง จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.9) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและมีรายได้เพียงพอ โดยโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการเรียนรู้และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง อาชีพและรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ ถ้ามีความพอเพียงจะส่งผลต่อการเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น และจากรายได้ที่มีมากทำให้บุคคลจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และเลือกใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม (ไพรินทร์ กันทะนะ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช สีนทะนะโยธิน (Sinthanayothin P., 2000) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้านในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นเป็นกลุ่มที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาสูง แต่งงานแล้วและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี และพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับ

การศึกษา สถานภาพสมรสและอายุสามารถรวมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้านได้ร้อยละ 20.7 ($p < .001$) และจากการที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแล (ร้อยละ 74.7) อาจทำให้ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ ประกอบกับอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ของชีวิตมาแล้ว ทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลตนเอง และบุคคลอื่นที่ต้องการการดูแลได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้น (วิลลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537) จากคุณสมบัติที่กล่าวมาข้างต้นอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และมีเวลาในการดูแลตนเองในขณะที่ต้องให้การดูแลบุคคลอื่นด้วยทำให้รับรู้ว่ามี การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางได้

เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองรายด้านพบว่ามีความเหนื่อยในระดับปานกลาง ในการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไป โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไปเป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้ จำเริญสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไป ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีกิจกรรมการดูแลตนเองในส่วนของการการดื่มน้ำสะอาดเพียงพอเป็นกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องจากการเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย ปฏิบัติเป็นประจำในการดำรงชีวิตเพื่อรักษาไว้ซึ่งสมดุลการทำงานของร่างกาย แต่หากพิจารณาการดูแลตนเองในด้านนี้ พบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องของการออกกำลังกาย และการมีเวลาเป็นส่วนตัว เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินน้อยที่สุดในการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไป ซึ่งจากคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “ไม่ค่อยมีเวลาส่วนตัวมากนัก” “ไม่ค่อยได้ไปไหนไกล ๆ เช่นต่างจังหวัด ไปค้างคืนเพราะเป็นห่วงเขา” “เวลาแต่ละส่วนมีค่าสำหรับเราไปเลย ความเป็นส่วนตัวจะน้อยลง พอเลิกงานรีบกลับบ้านมาดูแลดูแลแม่” เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในขณะที่ต้องให้การดูแลบุคคลอื่นไปพร้อมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว เวลาในการพักผ่อนน้อยลง และออสต์วาลด์ (Ostwald, 1997) พบว่าญาติผู้ดูแลต้องเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า กับการเผชิญปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้การมีเวลาส่วนตัวลดลงและต้องการเพิ่มเวลาทำงานเพื่อหารายได้ให้มากขึ้น นอกจากนี้หากพิจารณาจากกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองได้ลดลง เมื่อเปรียบเทียบ ณ เวลาปัจจุบันเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการดูแล

ตนเอง 5 อันดับแรกที่คุณแสดงตนเองลดลง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัว การมีเวลาพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมการนอนหลับอย่างเพียงพอ (ตารางที่ 7) ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในส่วนของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลมีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยต่อวันมีค่าเฉลี่ย 7.87 ชั่วโมงประกอบกับญาติผู้ดูแลต้องทำงานประจำนอกบ้านอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ซึ่งอาจทำให้เวลาการเป็นส่วนตัวของญาติผู้ดูแลต้องสูญเสียไป ไม่สามารถบริหารเวลาให้เหมาะสมได้ อาจมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปได้

คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 49.64 ปี หากแบ่งตามระยะพัฒนาการของอีริกสัน (Erickson Psychosocial stage development) พบว่าเป็นวัยที่อยู่ขึ้นการอนุเคราะห์ที่ก่อเกิดกับการพะว้าพะวงแต่ตัวเอง (Generativity versus Self-Absorption) เป็นระยะที่บุคคลหันมาสนใจกับโลกภายนอก ริเริ่มสร้างสรรค์งานต่าง ๆ เพื่อสังคม คิดถึงผู้อื่น ไม่โลกหรือเห็นแก่ได้ฝ่ายเดียว ในทางกลับกันหากบุคคลที่ไม่สามารถทำเช่นนี้ได้จะมีความรู้สึกคิดถึง หงุดหงิดอยู่กับตนเอง เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง มีชีวิตอย่างไรความสุข (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2549; Chapman, 2006) หากพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองรายชื่อของการดูแลตนเองด้านนี้ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองรักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง อาจเป็นเพราะสังคมของวัยนี้จะส่วนใหญ่คือที่ทำงานและบ้าน (อาภากร เปรียญนม, 2548) ทำให้ญาติผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างเอาไว้ นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการกับความเครียดหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย เป็นส่วนที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ประกอบกับเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นหลังจากเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลอาจประเมินสถานการณ์ที่ต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เป็นมีสิ่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความเครียด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “เครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ บางครั้งรู้สึกผิดที่ทำแบบนั้น เขาก็ไม่ได้ตั้งใจทำแบบนั้น แต่ทำไมต้องเป็นแบบนี้” “บางครั้งรู้สึกเครียด เพราะต้องทำงาน ในบางครั้งที่ทำงานจะมีปัญหาที่ทำให้หนักใจและต้องดูแลผู้ป่วย” ผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยการจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะผลที่เกิดจากสิ่งที่คุณกคามการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลและเพื่อพัฒนา และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนการดำเนินชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าสู่สภาวะในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางได้อย่างสมบูรณ์สอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการในวัยนั้น ๆ

คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาเปรียบเทียบกับผลการดูแลตนเองรายด้านที่ผ่านมาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจะมีคะแนนน้อยที่สุด โดยที่กิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อไม่สบายเป็นกิจกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด และเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นหลังเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลประเมินว่าการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงมากสามารถบรรเทาความเจ็บป่วยนั้นด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ ประกอบกับการบริหารจัดการเวลาที่ต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยและทำงานไปพร้อมกัน จึงทำให้ประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองดังผลวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสิดา สุจริตกุล (2541) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมของการดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะซื้อยามารับประทานเอง

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ผลกระทบดังกล่าวเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย อารมณ์จิตใจ และเศรษฐกิจสังคม สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการให้การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; Sawatzky & Fowler-Kerry, 2003; Stetz & Brown, 2004; Yothayai C., 2004) ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “เหนื่อยเป็นสองสามเท่าเลย” “เครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ ทำไมต้องเป็นแบบนี้ด้วย” “ต้องทำงานพิเศษเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมหาเงินมาสำรองไว้” ซึ่งผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวอาจมีผลต่อการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลได้ นอกจากผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลแล้ว ผลกระทบทางบวกที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ และทางด้านสังคม เช่น ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ รู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแล มีความสุข มีกำลังใจในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ได้ใกล้ชิดผูกพันกัน รักกันมากขึ้น เป็นการกระทำหน้าที่ให้สมบูรณ์มากขึ้น เป็นต้น ผลทางด้านสังคม เช่น ได้ความรู้เพิ่มขึ้น ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลอื่น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผลกระทบทางด้านบวกที่เกิดขึ้น เช่น ได้ตอบแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญูต่อบุคคลที่ รู้สึกอบอุ่น มีความสุขในการดูแล เกิดความใกล้ชิดกันภายในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่า เพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแล รู้สึกภาคภูมิใจ เป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการดำเนินชีวิต (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543;

เพียงใจ ติระไพรวงษ์, 2540; Kespichayawattana J., 1999; Walker et al., 1995: 404-408; Yothayai C., 2004) ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “การได้ทำหน้าที่ของลูกเพื่อตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ถือว่าเป็นมงคลของชีวิต” เหตุผลที่กล่าวมาในเรื่องของผลกระทบด้านบวกที่เกิดขึ้น อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดีเพื่อที่จะสามารถดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลประเมินการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าการดูแลตนเองด้านอื่น อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นของตนเองก็เพียงพอที่จะทำให้ดำรงชีวิตให้อยู่ในภาวะปกติเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี แต่เมื่อญาติผู้ดูแลต้องมึบบทบาทและภาระเพิ่มขึ้น จึงต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และอีกบทบาทหนึ่งยังต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด พร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงระบบของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001)

ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 57.86 คะแนน (SD=18.3) ซึ่งอาจเป็นจากลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล เช่นระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 66.3) และมีรายได้ที่เพียงพอ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสดูหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และเลือกใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล แต่ก็มีญาติผู้ดูแลบางส่วนที่ได้รับการเตรียมตัวด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ศึกษาด้วยตนเอง อ่านหนังสือคู่มือ ปรีกษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความต้องการของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; Hanprasitkam J., 2000) ถึงแม้ว่างานวิจัยดังกล่าวจะใช้แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ แต่ลักษณะข้อคำถามนั้นครอบคลุมความต้องการทั้งหมดของญาติผู้ดูแล

หากพิจารณารายชื่อของความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลพบว่า “ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค” เป็นข้อที่ญาติผู้ดูแลให้คะแนนความต้องการมากที่สุด (M=3.58, SD=1.37) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแล ประเมินภาระการดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม

เรื่องการดูแลรักษาพยาบาลว่ามีความยากลำบากในการปฏิบัติสูงสุด จึงต้องการทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติในการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “จะได้รู้ว่าต้องทำอะไรก่อน ถ้าเกิดอะไรฉุกเฉิน” สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิริยา สัมปทานกุล (2542) ที่พบว่าข้อมูลเชิงคุณภาพด้านความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลนั้น พบว่าต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีให้การดูแล นอกจากนี้การบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นความต้องการที่ญาติผู้ดูแลให้ความสำคัญเป็นอันดับ 2 ($M=3.45$, $SD=1.29$) อาจเป็นเพราะวิธีการช่วยเหลือด้วยวิธีนี้ทำได้ง่ายและสะดวกในการใช้บริการ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “โทรไปปรึกษาก่อนดีกว่า จะได้รู้ว่าต้องทำยังไง” นอกจากนี้ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลด้านทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างเพื่อนร่วมงานจากการให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย เป็นข้อที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีความต้องการในระดับต่ำสุด ($M=2.53$, $SD=1.32$) อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ร้อยละ 91.6) ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางสติปัญญา มีความคิดเป็นเหตุผล รู้จักคิดแบบประสานข้อขัดแย้งและความแตกต่าง สามารถรับรู้สิ่งที่ปะทะกันเป็นข้อขัดแย้งต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการกับข้อขัดแย้งนั้น ๆ (อาภากร เปรี๊ยะนัม, 2548) แต่ก็มีญาติผู้ดูแลบางคนระบุถึงความต้องการการช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ โดยระบุถึงความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลจากบุคคลอื่น เช่นจากผู้ร่วมงานว่า “ต้องการความเข้าใจ และเห็นใจจากเพื่อนร่วมงานและผู้บริหาร”

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลอื่น ๆ เช่นความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ อันประกอบไปด้วยการให้บริการจากแพทย์ผู้รักษา การให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “คำพูดของแพทย์ที่เอาใจใส่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยจำ และพูดถึงซ้ำ ๆ ด้วยความภูมิใจและมีกำลังใจปฏิบัติตาม” “เวลาจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและโรคภัย ควรจะจัดวันหยุด เพราะถ้าเป็นวันธรรมดาต้องทำงาน” เป็นข้อมูลที่น่าสนใจที่บุคลากรทางการแพทย์ สามารถจัดความช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านอย่างเหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย พบว่าภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .524$, $p < .01$) ส่วน

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.601, p < .01$ และ $r = -.54, p < .01$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานงานวิจัยทั้งหมด สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในงานวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ดังนี้

ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งในส่วนของงานให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และบทบาทจากการทำงาน ซึ่งหากพิจารณาถึงระยะเวลาที่ให้การดูแลใน 1 วันพบว่ามีความใกล้เคียงเท่ากับ 7.87 ชั่วโมง การที่ต้องทำงานนอกบ้านอย่างน้อย 8 ชั่วโมงประกอบกับกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่ เท่ากับหรือมากกว่า 7 กิจกรรมต่อวัน (ร้อยละ 64.2) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลมีถึงร้อยละ 62.1 ประกอบกับภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 85.3 ซึ่งอาจทำให้มีความซับซ้อนในการดูแลมากยิ่งขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีภาระการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้ต้องหาแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ (2535) และ ฟูกุอิ (Fukui, 2004) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดรูปแบบการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแล เช่นการจัดฝึกอบรมทักษะ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อรองรับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้เพียงพอกับความต้องการของญาติผู้ดูแล อาจทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องใช้ปริมาณเวลาที่ยาวนาน และไม่เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้นไม่ทำให้เป็นภาระการดูแล

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลรับรู้ที่เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งจากกิจกรรมการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนชั่วโมงการดูแล หน้าที่ความรับผิดชอบจากเรื่องงานและครอบครัว อายุที่มากขึ้น ซึ่งต้องดูแลตนเองและบุคคลอื่นในครอบครัวไปพร้อมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของลินช์-ซาว์ (Lynch-Sauer, 1990) พบว่า ภาระการดูแลมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งผลกระทบนี้เป็นผลมาจากบริบทของการให้

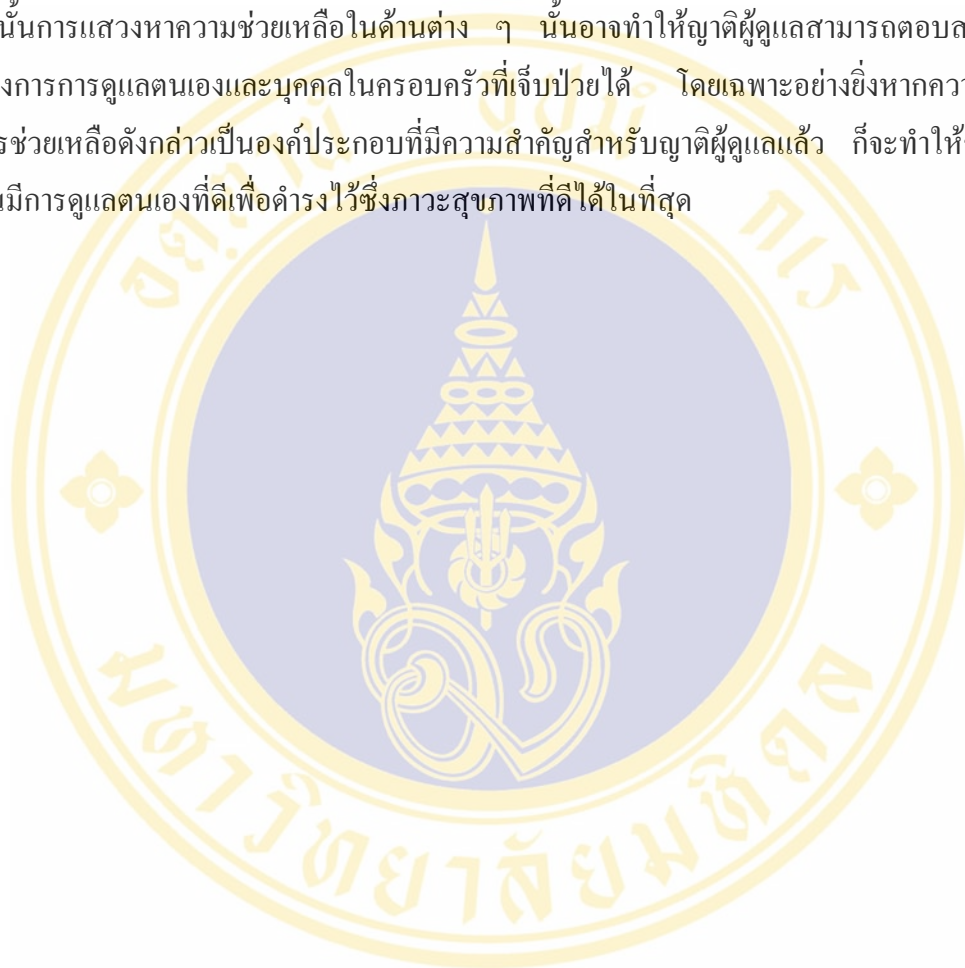
การดูแลไม่ใช่จากลักษณะของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการศึกษาของโมริโมโต สเรนเนอร์และอาซาโนะ (Morimoto, Scheriner, & Asano, 2003) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประเทศญี่ปุ่นจำนวน 100 คน พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตทั้งในส่วนของการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ($r=-.35$ และ $r=-.47$, $p<.001$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของนิลรัตน์ วัชรภักขิต (2543) พบว่า ผู้หญิงอุทิศตนต่อการดูแลอย่างสูงเพื่อรับผิดชอบหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวแม้จะขาดประสบการณ์การดูแล ขณะเดียวกันต้องเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอสภาพอาการของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ดูแลทั้งในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านทัศนคติและแนวทางการดำเนินชีวิต ด้านหน้าที่การงานและบทบาททางสังคม รวมไปถึงการมีอิสระในชีวิตส่วนตัว ทำให้การจัดการดูแลต่อตนเองและหน้าที่เกิดความไม่สมดุล ซึ่งจากการบุคคลเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลทำให้นุคคลนั้นต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด พร้อมทั้งพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเพื่อรองรับระบบการดูแลให้ต่อเนื่องไว้ พร้อมกับต้องรับรู้และตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง หากไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ ก็อาจทำให้ไม่สามารถรองรับระบบการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านได้ ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วย ความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงเป็นประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจในการเตรียมความพร้อม และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อลดภาระอันเกิดจากการดูแลได้อันจะส่งผลถึงการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลได้

การดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย หมายถึงหากญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ไม่ดีก็ต้องแสวงหาความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมากขึ้นเพื่อที่จะช่วยแบ่งเบาภาระที่เกิดจากการดูแลทำให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ หากพิจารณาผลการวิจัยที่เกิดขึ้น ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และสังคม เช่น ความเหนื่อยหน่าย เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน อาจสะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ไม่ดี ประกอบกับมีญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 62.1) แต่เมื่อบุคคลเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล บุคคลนั้นต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะรองรับระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และอีกบทบาทหนึ่ง

ยังต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด พร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อระบบของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าตนเองมีการดูแลตนเองที่ไม่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นในลักษณะของผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และสังคม ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น “เย็นเลิกงานก็ต้องรีบกลับมาดูแล เหนื่อยก็เหนื่อย แต่ก็ต้องทำ” “เครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ บางครั้งรู้สึกผิดที่ทำแบบนั้น เขาก็ไม่ได้ตั้งใจทำแบบนั้น แต่ทำไมต้องเป็นแบบนี้” “ไม่ค่อยมีเวลาส่วนตัวมากนัก มีความวิตกกังวล ต้องทำงานพิเศษเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมหาเงินสำรองไว้ ทำให้ไม่ค่อยมีความสุขในชีวิตเท่าไรนัก” ซึ่งจากผลกระทบข้างต้นอาจมีผลต่อคุณภาพการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ ดังนั้นการแสวงหาการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อที่จะคงระบบการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจึงเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลควรให้ความสำคัญ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือ เช่น “จะได้ฝึกการจัดการกับอารมณ์ของตนเองและคนอื่น บางครั้งเราหงุดหงิด คนอื่นทำไมไม่ช่วยกันดู เราดูอยู่คนเดียว คิดมากก็มีทะเลาะกับสามี” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่ทำให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย เพื่อที่จะดำรงบทบาทให้ผ่านไปด้วยดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรการดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย พบเพียงการศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญปัญหา โดยผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกกับภาวะสุขภาพ (Carol, Femengel, Holcroft, & Gerald, 1994; Longford, et al., 1997) ผลจากงานวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นข้อมูลที่นำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคคลที่จะเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลในอนาคตได้

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นการที่บุคคลในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล หากบุคคลนั้นประเมินสถานการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระในการดูแล อันเป็นภาระที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในชีวิต ทำให้ต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และยังต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการให้บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดพร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงระบบของการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ให้เป็นผลสำเร็จและมี

ประสิทธิภาพ ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น สถานการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การกระทำบทบาททั้งสองอย่างไปพร้อมกันและอาจมีบทบาทอื่นที่ญาติผู้ดูแลนั้นต้องคงอยู่ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในขณะที่ต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ และอาจส่งผลต่อการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแล ดังนั้นการแสวงหาความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ นั้นอาจทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความต้องการความช่วยเหลือดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลแล้ว ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลนั้นมีการดูแลตนเองที่ดีเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้ในที่สุด



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโอเบิร์ส (Oberst, 1991) เป็นแนวทางในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นครู/อาจารย์ที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยครู/อาจารย์เหล่านั้น ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษามูลนิธิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เขต 1 และ 2 จำนวน 27 โรงเรียน ระหว่าง วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 31 สิงหาคม 2549 จำนวน 95 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุมากกว่า 20 ปี ประกอบอาชีพเป็นครู/อาจารย์
2. เป็นผู้ดูแลหลักและพักอาศัยในบ้านเดียวกันกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีกิจกรรมการช่วยเหลือโดยตรงทั้งกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily living, ADL) และกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ที่ซับซ้อนและต้องใช้ความสามารถเพิ่มขึ้น (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) หรือจากภาวะโรคเท่ากับหรือมากกว่า 1 กิจกรรม/วัน โดยให้การดูแลมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือซึ่งประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง
 - 1.1 แบบสำรวจกิจกรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล
2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
 - 2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
 - 2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

2.2 แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale: CBS) ฉบับแปลและเรียบเรียงโดยสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดภาระในการดูแล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแรก แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟา เท่ากับ .93 และจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 95 คน ได้เท่ากับ .93

2.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเป็นเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้วัดการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

2.4 แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้วัดความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ผู้วิจัยนำไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่า CVI เท่ากับ .83 และ .80 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแรก แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟา เท่ากับ .94 และ .95 ตามลำดับ และใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 95 คนมีค่าเท่ากับ .97 และ .95 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิดสำหรับให้ญาติผู้ดูแลได้ระบุความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ และเหตุผลของความ ต้องการการช่วยเหลือระดับ 3 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ pc+ version 11.5 for Windows สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีจำนวนทั้งหมด 95 คน เป็นเพศหญิง 86 คนคิดเป็นร้อยละ 90.5 อายุเฉลี่ย 49.64 ปีโดยมีอายุตั้งแต่ 23 - 60 ปี มีสถานภาพโสดร้อยละ 47.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 65.3 มีรายได้บุคคลต่อเดือนเฉลี่ย 28,119.09 บาท มีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเฉลี่ย 7.87 ชั่วโมงต่อวันและ ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีโรคประจำตัวร้อยละ 41.1 โดยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 85.3 และมีบุคคลอื่นที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 74.7 และพบว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลร้อยละ 62.1

2. บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีจำนวน 95 คน เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 77.9 มีอายุเฉลี่ย 74.92 ปี พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.3 โดยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และยังพบว่าบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาใน 1 วัน เท่ากับหรือมากกว่า 7 กิจกรรมถึงร้อยละ 64.2

3. ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ย 43.60 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านรับรู้ถึงภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ค่าเฉลี่ย 86.24 คะแนน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีค่าเฉลี่ย 57.86 คะแนน แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีระดับความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.60, p<.01$) ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.52, p<.01$) และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.54, p<.01$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปในรายชื่อของความ ต้องการการช่วยเหลือในการดูแลที่มีญาติผู้ดูแลเฝ้ามากกว่าร้อยละ 70 พบว่า ญาติผู้ดูแลให้เหตุผล ว่าขาดความรู้และทักษะในการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแลเป็นเหตุผลส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังมี เหตุผลในเรื่อง ความขัดแย้งในบทบาท ขาดข้อมูล ขาดที่ปรึกษา เป็นต้น

2. ข้อมูลความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อื่น ๆ สามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้คือ ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ความ ต้องการการช่วยเหลือจากองค์กรที่เกี่ยวข้องและความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

3. ข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ได้แยกข้อคำถามเป็น 2 ด้านคือผลกระทบด้าน บวก และผลกระทบด้านลบ เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลในบทบาทของญาติ ผู้ดูแล ผลกระทบด้านบวกประกอบด้วย ผลทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผลทางด้านสังคม และผล ทางด้านอื่น ๆ ส่วนผลกระทบด้านลบประกอบด้วย ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างและเป็นผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพเป็นครู/อาจารย์ ในเขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 และทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงผลการศึกษาไปถึงผู้ดูแลที่ทำงานนอกระบบในอาชีพอื่นได้

2. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างลำบาก จากเดิมจะค้นหาผู้ดูแลจากกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพิงมาก่อนซึ่งอาจทำให้ได้ผู้ดูแลที่ทำงานนอกระบบไม่มากพอ การวิจัยครั้งนี้ปรับวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากบุคคลที่ต้องทำงานประจำนอกระบบ แล้วพิจารณาจากลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานประจำโดยเป็นครู/อาจารย์ แล้วเข้าเก็บข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามโรงเรียนต่าง ๆ แต่ก็ยังเป็นปัญหาในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ผู้ดูแล โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเน้นความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ดูแลที่ทำงานนอกระบบ โดยบุคลากรทางการแพทย์อาจมีรูปแบบการช่วยเหลือดังนี้

1. การจัดโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือการดูแลตนเองของผู้ดูแล ด้วยวิธีการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ และการจัดโครงการฝึกอบรมนั้นควรทำในวันหยุดราชการหรือจัดโครงการฝึกอบรมในหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดูแลที่ทำงานนอกระบบ และอาจมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลที่ทำงานนอกระบบรับทราบถึงการฝึกอบรมให้ความรู้ เช่น การส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการไปยังหน่วยงานต่าง ๆ การจัดทำแผ่นพับโฆษณาเกี่ยวกับโครงการ และการโฆษณาตามสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น เพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องและเพื่อนร่วมงานเห็นถึงความจำเป็นของบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานประจำและต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยไปพร้อมกัน

2. การติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อน เพื่อติดตาม ประเมินผลความสามารถในการให้การดูแลของผู้ดูแลที่ทำงานนอกระบบ นอกจากนี้ยังเป็นการค้นหาปัญหา

ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การดูแลและประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และอาจมีบริการให้คำปรึกษาหรือติดตามผลทางโทรศัพท์

3. จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจมีเบอร์โทรศัพท์ของแหล่งประโยชน์ที่สำคัญเช่น แพทย์ผู้รักษา พยาบาลเยี่ยมบ้าน รพพยาบาล สถานพยาบาลต่าง ๆ เป็นต้น

4. จัดบริการตรวจสุขภาพหรือประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ในขณะที่พานักคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและให้การช่วยเหลือในแต่ละราย

5. จัดสัมมนาของกลุ่มของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์จากการดูแล

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่มีบุคลากรที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ได้เข้าใจถึงภาระอันเกิดจากการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลและความต้องการการช่วยเหลือในการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ดังนั้นการเผยแพร่ผลการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ อาจทำให้หน่วยงานหรือองค์กรสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปกำหนดนโยบายเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เช่น การจัดการยืดหยุ่นของเวลาปฏิบัติงาน การเบิกจ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการเรียนการสอนทางพยาบาล

การจัดการเรียนการสอน ควรมีการวางพื้นฐานให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของระบบครอบครัว และควรมีการฝึกอบรมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้มีความสามารถในการเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเมื่อรับรู้ว่ามีบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจะกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะกิจกรรมเฉพาะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล การดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งเป็นการกำหนดคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาวิจัยภาระการดูแล การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือ โดยการเปรียบเทียบกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ทำงานประจำนอกบ้านและญาติผู้ดูแลที่ไม่ต้องทำงานนอกบ้าน

2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือ แก่ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเพื่อลดภาระการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยและ ส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

3. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงกระบวนการการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการ
การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

นางสาวพารุณี เกตุกราย 4536557 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing),
สุปริดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าแนวโน้มของจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2548 พบว่า ประชากรประเทศไทยที่มีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัวมีถึง 10,124,779 คน หรือร้อยละ 15.5 ของประชากรทั้งประเทศ และจากสถิติจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 133,245 เตียง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ซึ่งเห็นได้ไม่เพียงพอสำหรับประชากรที่เจ็บป่วยและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองจึงต้องกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน ประกอบกับนโยบายการเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษามานาน เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น ส่งผลให้แนวโน้มของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่บ้านมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84) ทำให้เกิดความลำบากกับบุคคลครอบครัว และสังคม

โอเรียม (Orem, 2001: 253-287) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง อันเป็นกระบวนการของชีวิต และเมื่อใดที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวที่ไม่ได้เจ็บป่วยก็จะถูกระทบไปด้วย เมื่อภาวะเจ็บป่วยหรือความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของโรคมียิ่งขึ้น อาจทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นบทบาทของญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงเริ่มมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family Caregiver) จึงกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่น่าสนใจอีกกลุ่มหนึ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพที่ควรให้ความสำคัญ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84)

โครงสร้างของสังคมไทยมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป จากอดีตที่ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นทั้งในเขตเมืองและในชนบท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548; 6-7) โครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต สถานภาพ บทบาท และค่านิยมของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป ในสังคมเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก มีอาชีพที่หลากหลาย มีการศึกษาและรายได้สูง และมีมาตรฐานการครองชีพสูงเช่นเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวมีอิสระมากขึ้นโดยหญิงชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน ต่างคนต่างเป็นแหล่งทรัพยากร และต่างช่วยกันหาหาเงินเลี้ยงครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีการไปประกอบอาชีพนอกบ้านเพิ่มขึ้น (อนุชาติ บุนนาค, 2550) และจากสถานการณ์แนวโน้มของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลอื่นในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือดูแล เพราะครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันทางสังคม ครอบครัวจึงจัดว่ามีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวโดยตรง (มัลลิกา มัติโก, 2530 อ้างในนิลรัตน์ วัชรภิชชาติ, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนสะท้อนถึงความคาดหวังทางสังคมต่อการรับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Hanprasitkam J., 2000; Matayamool C., 2003; Niyomthai N., 2002; Papangkorn R., 2003; Pichaimongkol U., 2001; Prapasuchat J., 2002) และต่างประเทศ (McCarty & Drebing, 2003; Mittelman, et al., 2004; Sirapongam Y., 1994; Ward-Graffin, 2004) พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วยมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร คู่สมรส บิดา หรือมารดา เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน ทำหน้าที่ให้การดูแลบิดา มารดาวัยสูงอายุ คู่สมรส หรือดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ทำงานบ้านหรือไม่มีงานประจำ ซึ่งจากงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่อธิบายการที่ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่หลายบทบาท เช่น บทบาทของการเป็นบิดา มารดาที่ต้องดูแลบุตรและบิดา มารดาของตนเองไปพร้อมกัน อีกทั้งต้องคอยดูแลงานประจำของตนเอง จึงมีคำเรียกบุคคลเหล่านี้ว่าเป็น “Sandwich Generation” (Buffardi, Smith, O’Brien, & Erdwins, 1999; Dautzenberg, Diederiks, Philipsen, & Stevens, 1998; Spillman & Pezzin, 2000)

ดังนั้นการต้องรับบทบาทเป็นทั้งญาติผู้ดูแลและต้องทำงานนอกบ้าน (Working Caregiver) การทำหน้าที่หลัก 2 ประการ คือบทบาทที่ต้องดูแลบุคคลอื่นและบทบาทการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการดูแลตนเอง การบริหารเวลา หน้าที่การงาน การเข้าสังคม การมีอิสระและมีเวลาส่วนตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้นต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และวางแผนการจัดการกับกิจกรรมการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น จึงนับเป็นภาระหนักเพิ่มขึ้นที่มีผลกระทบโดยตรงต่อญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

งานวิจัยส่วนใหญ่จะค้นหาญาติผู้ดูแลจากกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพิงมาก่อน และไม่มี การกำหนดคุณลักษณะที่เฉพาะเจาะจงให้กับญาติผู้ดูแล ทำให้คุณลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่พบ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน และส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันที่ไม่ต้อง ประกอบอาชีพหรือมีงานประจำ แต่ก็มีญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่ต้องประกอบอาชีพหรือมีงานประจำที่ ต้องรับผิดชอบ ดังนั้นการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ต้องพิจารณาจากผู้ มีงานทำประจำนอกบ้านและเป็นเพศหญิงซึ่งเป็นคุณลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล อาชีพของผู้มีงาน ทำที่เป็นเพศหญิงนั้นมีหลากหลายอาชีพ เช่น พนักงานบริการ เสมียน แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เกษกร ครู/อาจารย์ เป็นต้น หากผู้มีงานทำต้องเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ถ้าลักษณะการทำงาน เป็นผลัดเช่น ผลัดเช้า บ่าย ดึก ทำให้ญาติผู้ดูแลเหล่านั้นได้ก็สามารถผลัดเปลี่ยนกับบุคคลอื่นใน ครอบครัวในการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ แต่ถ้าลักษณะการปฏิบัติงานต้อง ทำงานตามเวลาเข้า-ออกงานตามเวลาที่กำหนดไว้เฉพาะในช่วงเวลากลางวัน เช่น อาชีพ เสมียน ครู/ อาจารย์ อาจทำให้บุคคลเหล่านี้ต้องรับภาระที่เกิดจากการทำงาน และการดูแลบุคคลในครอบครัวที่ เจ็บป่วยได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่ออาการดูแลตนเอง ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ได้ ขณะนี้ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ดังนั้นผู้วิจัยสนใจจึง เป็นกลุ่มประชากรที่ทำงานประจำนอกบ้านโดยเฉพาะอาชีพครู/อาจารย์ และขณะเดียวกันยังให้การ ดูแลญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาภาระในการดูแลบุคคลใน ครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัว ที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

กรอบทฤษฎี (Conceptual Framework)

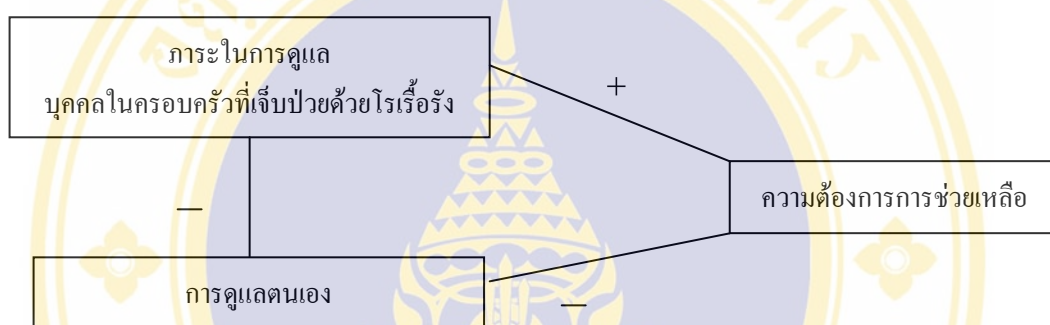
กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory)(Orem, 2001) ซึ่งกล่าวถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self care demand) หมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำ ภายใระยะเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal self-care requisite) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการ (Developmental secure requisite) และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ (Health-deviation self-care requisite) และโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึงความสามารถในการดูแล ตนเอง (Self-care agency) เป็นมโนคติ (Concept) ที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มี ศักยภาพในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอันเป็นกระบวนการของชีวิต การดำรงไว้หรือสนับสนุน ความสมบูรณ์ของโครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของมนุษย์ และการมีความผาสุกในชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นของเฉพาะบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงตามตัวแปรเช่น ภาวะสุขภาพ การศึกษา ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรม เป็นต้น

นอกเหนือจากแนวคิดด้านการดูแลตนเองแล้ว ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งโอเบิร์ส (Oberst, 1991) กล่าวว่าในสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวจะประเมินว่า คุณค่า เป็นความเครียด หรือมีผลดี (Oberst, 1991 อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536: 9) ซึ่งการประเมินว่า คุณค่าเป็นการคาดเดาว่าสถานการณ์ของการดูแลจะมีผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคต ส่วนความเครียดเป็นการประเมินว่า ได้เกิดผลต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตขึ้นแล้ว (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536: 9) หากญาติผู้ดูแลมีศักยภาพหรือมีความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเพียงพอ ญาติผู้ดูแลก็จะรับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดังกล่าวได้โดยไม่ต้องใช้เวลานาน ในขณะเดียวกันก็ไม่ต้องแสวงหาความช่วยเหลือหรือความต้องการในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ในทางตรงข้ามหากญาติผู้ดูแลไม่มีศักยภาพในการดูแลหรือมีความสามารถในการดูแลไม่เพียงพอ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยแล้วญาติผู้ดูแลอาจประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็น ภาระในการดูแล (Caregiving Burden) ซึ่งแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือบุคคลมีความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ต้องอาศัยความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (productive operation) เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังจะต้องมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล (Orem, 2001)

การที่บุคคลในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล หากบุคคลนั้นประเมินสถานการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่าเป็นภาระในการดูแล อันเป็นภาระที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในชีวิต ทำให้ต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และยังคงรับรู้และตอบสนองความต้องการให้บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เป็นบางส่วนหรือทั้งหมดพร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงระบบของการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ภายใต้ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบอยู่รอบตัวญาติผู้ดูแล การกระทำบทบาททั้งสองอย่างไปพร้อมกันและอาจมีบทบาทอื่นที่ญาติผู้ดูแลนั้นต้องคงอยู่ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลตนเองซึ่งสามารถวัดได้จากความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หากความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นมาก อาจส่งผลต่อการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในขณะที่ต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ และอาจส่งผลต่อการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแล ดังนั้นการแสวงหาความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ นั้นอาจทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง และบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความต้องการการช่วยเหลือดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลแล้ว ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลนั้นมีการดูแลตนเองที่ดีเพื่อบำรุงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้ในที่สุด ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เป็นแผนภูมิดังต่อไปนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
2. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

สมมติฐานงานวิจัย

1. ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

2. ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
3. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

นิยามตัวแปร

ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงเวลาที่ใช้และความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติ การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งวัดโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของโอเบิร์ตส (Caregiving Burden Scale: CBS) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand) ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ

ความต้องการการช่วยเหลือ หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือ ความร่วมมือ การรับฟังและแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านได้รับความหวังใจ ความเข้าใจและสามารถดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ต่อไป ซึ่งความต้องการการช่วยเหลือวัดได้จากแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบประเมินนั้นครอบคลุมความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และความต้องการความเข้าใจและความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่าง หมายถึง ครู/อาจารย์ที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ครู/อาจารย์เหล่านั้นปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 และ 2 จำนวน 27 โรงเรียน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 31 สิงหาคม 2549 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

(purposive sampling) จำนวน 95 ราย โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ประกอบอาชีพเป็นครู/อาจารย์ และเป็นผู้ดูแลหลักและพักอาศัยในบ้านเดียวกันกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีกิจกรรมการช่วยเหลือโดยตรงทั้งกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily living, ADL) และ กิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ที่ซับซ้อนและต้องใช้ความสามารถเพิ่มขึ้น (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) หรือจากภาวะโรคเท่ากับหรือมากกว่า 1 กิจกรรม/วัน โดยให้การดูแลมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

1. เครื่องมือคัดกรองญาติผู้ดูแล ได้แก่ แบบสำรวจกิจกรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ แบบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

3. แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale: CBS) สร้างโดย โอเบิร์ส (Oberst, 1991) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ประกอบด้วยความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ การดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการการดูแล (demand) ประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการดูแล (difficulty) ประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแลหรือความพยายามในการกระทำการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน สำหรับเครื่องมือแบบวัดภาระในการดูแลของงานวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟ่าเท่ากับ .93

4. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้วัดการดูแลตนเองโดยประเมินจากความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยดัดแปลงรายละเอียดภายในแบบวัดที่สร้างขึ้นจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ของวราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล และคณะ (2547) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปในวัยทำงาน ลักษณะของข้อความเป็นประโยคบอกเล่า มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ

การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพสำหรับการให้คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 1 ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ถึง 5 ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากที่สุด

เนื่องจากคะแนนที่ได้จากแบบวัดการรับรู้การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นคะแนนของความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งหากคะแนนสูงหมายถึงญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมมาก ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองน้อย เพราะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลตนเองในขณะที่ต้องดูแลผู้อื่นด้วย และคะแนนต่ำหมายถึงญาติผู้ดูแลไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ดี เพราะญาติผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองในขณะที่ต้องดูแลผู้อื่นด้วย ดังนั้นเพื่อให้การแปลผลเกิดความเข้าใจได้ง่าย จึงต้องทำการกลับคะแนนของระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จากมากไปน้อยและจากน้อยไปมาก ทำให้คะแนนการดูแลตนเองที่มีคะแนนมากหมายถึงมีการดูแลตนเองที่ดี และคะแนนน้อยหมายถึงมีการดูแลตนเองน้อย

5. แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้วัดความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านต่าง ๆ ของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ข้อคำถามครอบคลุมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และเนื่องจากญาติผู้ดูแลที่ศึกษาประกอบอาชีพประจำ ดังนั้นข้อคำถามครอบคลุมถึงความต้องการการช่วยเหลือในส่วนเกี่ยวข้องกับที่ทำงานของญาติผู้ดูแลที่ทำงานประจำนอกบ้าน โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์จริงในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านซึ่งไม่ระบุอาชีพ มาปรับใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ และลักษณะของคำตอบ เป็นคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยที่ 1 หมายถึงผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความต้องการ ถึง 5 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการมากที่สุด และในกรณีที่ตอบระดับความต้องการตั้งแต่ 3 ขึ้นไป ให้ผู้ตอบระบุเหตุผลของความต้องการดังกล่าวไว้ในช่องระบุเหตุผล และมีคำถามปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามที่ให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบ โดยข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ต้องการเมื่อรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งคำถามปลายเปิดนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่นำมาใช้เป็นแนวทางในการอภิปรายและวิเคราะห์ต่อไปโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สำหรับเครื่องมือที่ 3 และ 4 มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Strickland, & Lenz, 1991) โดยค่าคะแนน CVI ของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .83 และ .80 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ด้านภาษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแรก แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอันดับ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ที่ระดับ .80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านในงานวิจัยนี้มีค่าเท่ากับ .94 และ .95 ตามลำดับ และจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 95 คน ได้เท่ากับ .97 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึง วัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผลการวิจัยถูกนำเสนอโดยภาพรวมไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบและโรงเรียนได้ และเสนอผลเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ไปแสดงแก่ผู้อำนวยการเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครเขต 1 และ 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการ

สถานศึกษาโรงเรียนต่าง ๆ จำนวน 57 โรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสำรวจหากกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษา

2. หลังจากที่ได้สำรวจหากกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษาตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากจำนวนโรงเรียน 57 โรงเรียนมีโรงเรียนตอบรับว่ามีกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษาแต่ไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัดมีจำนวนทั้งสิ้น 27 โรงเรียน ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามให้โรงเรียนละ 5-10 ชุด โดยแต่ละชุดมีเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และชุดของแบบสอบถามเรียงตามลำดับ ได้แก่ แบบวัดการระการดูแล แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

3. จากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานแต่ละโรงเรียน เพื่อขอเก็บแบบสอบถามคืนและขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม ในกรณีที่ข้อมูลขาดความชัดเจนและไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามพูดคุยเกี่ยวกับข้อมูลที่ขาดความชัดเจนและไม่ครบถ้วนโดยบันทึกคำพูดเหล่านั้นไว้ในแบบสอบถามนั้นโดยใช้เวลาประมาณ 15 – 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อ่านวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science) version 11.5 for Window มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยผู้วิจัยเลือกใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

3. ข้อมูลเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในรายชื่อที่ระบุความต้องการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ต้องการเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล และผลกระทบทางบวกและทางลบเมื่อรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ลักษณะของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีจำนวนทั้งหมด 95 คน เป็นเพศหญิง 86 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 อายุเฉลี่ย 49.64 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 23 - 60 ปี มีสถานภาพโสดร้อยละ 47.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 65.3 มีรายได้บุคคลต่อเดือนตั้งแต่ 6,000 - 70,000 บาทต่อเดือน (รายได้โดยเฉลี่ย 28,119.09 บาท) มีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 7.87 ชั่วโมงต่อวันและระยะเวลาที่ให้การดูแลมีตั้งแต่ 2 เดือนถึง 25 ปี ($M=82.41$, $SD= 65.91$) เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีโรคประจำตัวร้อยละ 41.1 โดยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 85.3 และมีบุคคลอื่นที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 74.7 และพบว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลร้อยละ 62.1

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลประกอบไปด้วยผลด้านบวก ได้แก่ การได้ทดแทนบุญคุณ เกิดความรักและใกล้ชิดผูกพันกันมากขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น การได้ความรู้เพิ่มขึ้นและเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลอื่น ผลด้านลบ ได้แก่ ความเหน็ดเหนื่อย การพักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพไม่แข็งแรง ภาวะเครียด หงุดหงิด วิตกกังวล ท้อแท้ เป็นภาระเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพ/ขาดโอกาสในหน้าที่การงาน สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง ขัดแย้งกับบุคคลอื่น ทำงานหนักเพิ่มขึ้น เป็นต้น

ลักษณะของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย มีจำนวน 95 คน เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 77.9 มีอายุตั้งแต่ 5 - 98 ปี ($M = 74.92$ ปี) พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.3 โดยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และยังพบว่าบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาใน 1 วัน เท่ากับหรือมากกว่า 7 กิจกรรมถึงร้อยละ 64.2

ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

คะแนนภาระการดูแล ญาติผู้ดูแลระบุว่ามีการดูแลสูงสุดได้แก่กิจกรรม การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ($M=3.28$, $SD = .93$) และกิจกรรมที่มีการดูแลน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการอ่านเขียน ($M = 2.12$, $SD = 1.07$) เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเวลาที่ใช้ในการดูแลเป็นรายข้อ กิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุดได้แก่ ให้กำลังใจปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน ($M=3.72$, $SD=.93$) ส่วนคะแนนกิจกรรมที่มีคะแนนความยากลำบากน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการอ่านเขียน ($M = 2.01$, $SD = 1.07$)

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($M=86.24$, $SD = 25.21$) หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยรายข้อพบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ($M=2.9$, $SD=1.36$) สำหรับกิจกรรมที่มีคะแนนสูงที่สุดเป็นเรื่องการคิมน้ำสะอาดเพียงพอ ($M = 3.64$, $SD = 1.29$) ผลการวิจัยยังพบว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ยังต้องให้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลโดยร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ประเมินว่าต้องให้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 ได้แก่ กิจกรรมดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย (ร้อยละ 35.8) กิจกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย (ร้อยละ 33.7) สำหรับกิจกรรมที่ปฏิบัติลดลง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัว การมีเวลาพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมการนอนหลับอย่างเพียงพอ

ความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 57.86 คะแนน ($SD = 18.3$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค นอกจากนี้หากพิจารณาความต้องการรายข้อที่ญาติผู้ดูแลมีความต้องการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปพบว่า ความต้องการที่ที่มีญาติผู้ดูแลเลือกมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ความต้องการทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค (ร้อยละ 75.79) รองลงมาคือ ความต้องการการบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 74.74) และความต้องการความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์ (ร้อยละ 73.68) ตามลำดับ และเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในรายข้อที่ญาติผู้ดูแลเลือกมากที่สุดได้แก่ ขาดความรู้และทักษะในการดูแล ขาดข้อมูล ขาดแหล่งช่วยเหลือ ขัดแย้งในบทบาท และเป็นบริการที่สะดวก เป็นต้น สำหรับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในด้านอื่น ๆ ประกอบไปด้วย ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง และจากบุคคลอื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

จากงานวิจัยพบว่าภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.60$, $p < .01$) ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .01$) และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .01$)

การอภิปรายผล

ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.5) อายุเฉลี่ย 49.64 ปี มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร (ร้อยละ 85.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ที่พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร คู่สมรส และเป็นเพศหญิงวัยกลางคน (Monkong S., 1999; Niyomthai N., 2002; Papangkorn R., 2003; Prapasuchat, 2002; Wongjunlongsin, 1999; Yothayai C., 2004) ซึ่งอาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมของไทยที่กล่าวว่า บุตรมีหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลบิดามารดาเหมือนกับว่าเป็นการทดแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญูทดแทน (Boonchalaksi, 2000; Knodel, Chayavan, & Siriboon, 1992) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (Wongjunlongsin S., 1999; Buddhawan N., 2002) อาจเป็นเพราะศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งหมดเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยรับราชการเป็นครู/อาจารย์ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบทบาท (ร้อยละ 62.1) ดังนั้นระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นตัวแปรสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถ นำไปจัดรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือ เช่น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลให้กับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเป็นต้น สำหรับรายได้ต่อบุคคลเฉลี่ย 28,119.09 บาท ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ตามสิทธิของข้าราชการ ทำให้เห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่ายสอดคล้องกับ การศึกษาของ นิภา นิยมไทย (Niyomthai N., 2002: 62) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวว่าร้อยละ 66.7 ของญาติผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ก็ยังมีญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ระบุถึงปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจากการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ทำให้รายได้ไม่พอกับรายจ่าย ต้องกู้เงินจากส่วนราชการและธนาคารเพื่อนำมาดูแล”

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มีค่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.64 ปี หาก

พิจารณาตามแนวคิดจิตวิทยาพัฒนาการของมนุษย์ของอีริกสัน (Erickson's psychosocial development stage) พบว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (40-65 ปี) เป็นระยะที่บุคคลหันมาสนใจกับโลกภายนอก ริเริ่มสร้างสรรค์งานต่าง ๆ เพื่อสังคม คิดถึงผู้อื่น ไม่โลกหรือเห็นแก่ได้ฝ่ายเดียว (Andreas, 1992; Chapman, 2006) ซึ่งอาจทำให้มองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวเป็นภาระที่สามารถจัดการให้ผ่านไปได้ในระดับหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้เข้าระบบบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 62.1) ก็ตามแต่ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงอาจสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ดีกว่า และสามารถแสวงหาข้อมูลและเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ประกอบกับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.5) และมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 85.3) ซึ่งเป็นบุคคลที่สังคมคาดหวังให้เป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงให้การดูแลด้วยความเต็มใจ มองว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณหรือทำเพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “ทุกอย่างที่ทำคือความเต็มใจ ยินดี ไม่ถือว่ามีภาระ” “ได้ทำอะไรให้ท่านแล้วรู้สึกสบายใจไม่เหนื่อยเลย” “เป็นการแสดงความกตัญญู ตอบแทนพระคุณด้วยความเอาใจใส่และเต็มใจ” คำกล่าวข้างต้นอาจส่งผลต่อการประเมินภาระการดูแลว่าถึงแม้จะมีกิจกรรมการดูแลมาก แต่ญาติผู้ดูแลอาจรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลน้อยหรือไม่มีภาระการดูแลเลย

คะแนนการดูแลตนเอง ($M = 86.24$, $SD = 25.21$) แสดงว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง หากพิจารณารายด้านของการดูแลตนเอง พบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีอาการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาและมีรายได้เพียงพอ โดยโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการเรียนรู้และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง อาชีพและรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ ถ้ามีความพอเพียงจะมีผลต่อการเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น และจากรายได้ที่มากทำให้บุคคลจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และเลือกใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม (ไพรินทร์ กันทะนะ, 2543) ประกอบกับผลการวิจัยพบว่ามีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยอาจช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจทำญาติผู้ดูแลมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และมีเวลาในการดูแลตนเองในขณะที่ต้องดูแลบุคคลอื่นด้วย จึงประเมินว่าตนเองมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางได้ และหากพิจารณาจากผลการวิจัยรายด้านของการดูแลตนเองพบว่า ญาติผู้ดูแลประเมินการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าการดูแลตนเองด้านอื่น อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลประเมินว่า การ

ดูแลตนเองในกิจกรรมดังกล่าวซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นของตนเองได้ก็เพียงพอที่ทำให้ดำรงชีวิตให้อยู่ในภาวะปกติเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีได้ แต่เมื่อญาติผู้ดูแลต้องมีบทบาทและภาระเพิ่มขึ้น จึงต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และอีกบทบาทหนึ่งยังต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด พร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงระบบของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001)

คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง($M = 57.86$, $SD = 18.3$) ซึ่งอาจเป็นจากลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล เช่นระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้ที่เพียงพอ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และเลือกใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล แต่ก็มีญาติผู้ดูแลบางส่วนที่ได้รับการเตรียมตัวด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ศึกษาด้วยตนเอง อ่านหนังสือคู่มือ ปกิษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการช่วยเหลืออยู่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความต้องการของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; Hanprasitkam J., 2000) ผลการวิจัยพบว่า ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค เป็นข้อที่ญาติผู้ดูแลให้คะแนนความต้องการมากที่สุด ($M = 3.58$, $SD = 1.37$) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแล ประเมินภาระการดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลว่ามีความยากลำบากในการปฏิบัติสูงสุด จึงต้องการทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลเพราะขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติในการดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “จะรู้ว่าต้องทำอะไรก่อน ถ้าเกิดอะไรฉุกเฉิน” สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิริยา สัมปทานกุล (2542) ที่พบว่าข้อมูลเชิงคุณภาพด้านความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลนั้น พบว่าต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีให้การดูแล นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลอื่น ๆ เช่น ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ อันประกอบไปด้วยการให้บริการจากแพทย์ ผู้รักษา การให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “คำพูดของแพทย์ที่เอาใจใส่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยจำ และพูดถึงซ้ำ ๆ ด้วยความภูมิใจและมีกำลังใจปฏิบัติตาม” “เวลาจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและโรคภัย ควรจะจัดวันหยุด เพราะถ้าเป็นวันธรรมดาต้องทำงาน” ซึ่ง

เป็นข้อมูลที่น่าสนใจที่บุคลากรทางการแพทย์ สามารถจัดความช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านอย่างเหมาะสม

ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งในส่วนของทำให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ดูแลตนเอง และบทบาทจากการทำงาน ระยะให้การดูแลเท่ากับ 7.87 ชั่วโมงต่อวัน ต้องทำงานนอกบ้านอย่างน้อย 8 ชั่วโมงประกอบกับกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เท่ากับหรือมากกว่า 7 กิจกรรมต่อวัน และไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลมีถึงร้อยละ 62.1 ประกอบกับภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 85.3 ซึ่งอาจทำให้มีความซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีภาระการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องหาแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ (2535) และ ฟูกูอิ (Fukui, 2004) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดรูปแบบการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแล เช่นการจัดฝึกอบรมทักษะ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อรองรับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้เพียงพอกับความต้องการของญาติผู้ดูแล ก็อาจทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องใช้ปริมาณเวลาที่มาก และไม่เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ก็ทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้นไม่ทำให้เป็นภาระการดูแล

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งจากกิจกรรมการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนชั่วโมงการดูแล หน้าที่ความรับผิดชอบจากเรื่องงานและครอบครัว อายุที่มากขึ้น ซึ่งต้องดูแลตนเองและบุคคลอื่น ๆ ไปพร้อมกัน หากไม่สามารถรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอันเป็นผลมาจากการดูแลตนเองที่ดีได้แล้ว ก็อาจส่งผลต่อการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วย สอดคล้องกับการศึกษานิลรัตน์ วัชรภิชิต (2543) พบว่าผู้หญิงอุทิศตนต่อการดูแลอย่างสูงเพื่อรับผิดชอบหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวแม้จะขาดประสบการณ์การดูแล ขณะเดียวกันต้องเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้านมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ดูแลทั้งในด้านสุขภาพกาย จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ รวมไปถึงการมีอิสระในชีวิตส่วนตัว ทำให้การจัดการดูแลต่อตนเองและหน้าที่เกิดความไม่สมดุล ซึ่งจาก

การบุคคลเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลทำให้บุคคลนั้นต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด พร้อมทั้งพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเพื่อคงระบบการดูแลให้ต่อเนื่องไว้ พร้อมกับต้องรับรู้และตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง หากไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ ก็อาจทำให้ไม่สามารถคงระบบการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านได้ ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงเป็นประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อลดภาระอันเกิดจากการดูแลได้ อันจะส่งผลถึงการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลได้

การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทิศทางลบกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย หมายถึงหากญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ไม่ดีก็ต้องแสวงหาความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมากขึ้นเพื่อที่จะช่วยแบ่งเบาภาระที่เกิดจากการดูแลทำให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ หากพิจารณาผลการวิจัยที่เกิดขึ้น ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และสังคม อาจสะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ไม่ดี ประกอบกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล แต่เมื่อบุคคลเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล บุคคลนั้นต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และอีกบทบาทหนึ่งยังต้องรับรู้และตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด พร้อมทั้งกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงระบบของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าตนเองมีการดูแลตนเองที่ไม่ดีเพราะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นในลักษณะของผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และสังคม ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น “เย็นเลิกงานก็ต้องรีบกลับมาดูแล เหนื่อยก็เหนื่อย แต่ก็ต้องทำ” “เครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ บางครั้งรู้สึกผิดที่ทำแบบนั้น เขาก็ไม่ได้ตั้งใจทำแบบนั้น แต่ทำไมต้องเป็นแบบนี้” “ไม่ค่อยมีเวลาส่วนตัวมากนัก มีความวิตกกังวล ต้องทำงานพิเศษเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมหาเงินสำรองไว้ ทำให้ไม่ค่อยมีความสุขในชีวิตเท่าไรนัก” ซึ่งจากผลกระทบข้างต้นอาจมีผลต่อคุณภาพการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ ดังนั้นการแสวงหาการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อที่จะคงระบบการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจึงเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลควรรู้ให้ความสำคัญ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับเหตุผลของความต้องการการช่วยเหลือ

เช่น “จะได้ฝึกการจัดการกับอารมณ์ของตนเองและคนอื่น บางครั้งเราหงุดหงิด คนอื่นทำไมไม่ช่วยกันดู เราดูลูกอยู่คนเดียว คิดมากก็มีทะเลาะกับสามี” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย เพื่อที่จะดำรงบทบาทให้ผ่านไปด้วยดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปร การดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย พบเพียงการศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญปัญหา โดยผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกกับภาวะสุขภาพ (Carol, Femengel, Holcroft, & Gerald, 1994; Longford et al., 1997) ผลจากงานวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นข้อมูลที่น่าไปใช้ในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคคลที่จะเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ญาติผู้ดูแล โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และเน้นความสำคัญของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยบุคลากรทางการแพทย์อาจมีรูปแบบการช่วยเหลือดังนี้

1. การจัดโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล และการจัดโครงการฝึกอบรมนั้นควรทำในวันหยุดราชการหรือจัดโครงการฝึกอบรมในหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และอาจมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านรับทราบถึงการจัดโครงการอบรมให้ความรู้ เช่น การส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการไปตามหน่วยงานต่าง ๆ การจัดทำแผ่นพับโฆษณาเกี่ยวกับโครงการ การโฆษณาตามสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น เพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องและเพื่อนร่วมงานเห็นถึงความจำเป็นของบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานประจำและต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยไปพร้อมกัน

2. การติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยมีกิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อน เพื่อติดตาม ประเมินผลความสามารถในการให้การดูแลของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้ยังเป็นการค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การดูแลและประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน และอาจมีบริการให้คำปรึกษาหรือติดตามผลทางโทรศัพท์

3. จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจมีเบอร์โทรศัพท์ของแหล่งประโยชน์ที่สำคัญเช่น แพทย์ผู้รักษา พยาบาลเยี่ยมบ้าน รพพยาบาล สถานพยาบาลต่าง ๆ เป็นต้น

4. จัดบริการตรวจสุขภาพหรือประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ในขณะที่พานुकคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและให้การช่วยเหลือในแต่ละราย

5. จัดสัมมนากลุ่มของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์จากการดูแล

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่มีบุคลากรที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ได้เข้าใจถึงภาระอันเกิดจากการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลและความต้องการการช่วยเหลือในการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานบ้าน ดังนั้นการเผยแพร่ผลการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ อาจทำให้หน่วยงานหรือองค์กรสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปกำหนดนโยบายเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เช่น การจัดการยืดหยุ่นของเวลาปฏิบัติงาน การเบิกจ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

การจัดการเรียนการสอน ควรมีการวางพื้นฐานให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของระบบครอบครัว และควรมีการฝึกอบรมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้มีความสามารถในการเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเมื่อรับรู้ว่ามีบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจะกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะกิจกรรมเฉพาะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล การดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งเป็นการกำหนดคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาวิจัยภาระการดูแล การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือ โดยการเปรียบเทียบกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ทำงานประจำนอกบ้านและญาติผู้ดูแลที่ไม่ต้องทำงานนอกบ้าน

2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือ แก่ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านเพื่อลดภาระการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยและ ส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

3. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงกระบวนการการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

THESIS TITLE: THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVING BURDEN, SELF-CARE ACTIVITIES, AND NEEDS OF SUPPORT OF WORKING CAREGIVERS

PARUNEE KEATKRAI 4536557 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISOR: YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING), SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING)

Executive Summary

Introduction

Recently, the number of patients suffering from the chronic disease has respectively increased. In 2006, Thailand populations with chronic and individual diseases were up to 10,124,779 or about 15.5 percent of total population. From the statistics of total hospitalization beds in 2005, only 133,245 beds were reported (National Statistic Office, B.E. 2550a) and were not sufficient for the patients in need of hospitalization. As a result, patients who can assist themselves should be cared at home. Moreover, the policy of higher bed rotation affects chronic disease patients to be hospitalized only for their acute stages. Consequently, the number of chronic disease patients that need caring at home is significantly increasing (Yupapin Sirapongam, B.E. 2539) and impacts on family members and society.

Orem (2001) identifies the self-care agency as the complex quality of a person that potentially remains of self-care as the life's process. However, when family members become ill, other healthy members will be definitely influenced. In addition, the patients will be less capable when the illnesses become more serious. Accordingly, the family caregivers will play important roles for the chronic disease patients; especially when the patients are limited to assist themselves. The family caregivers, therefore, become one of the target groups that health care providers should pay attention to (Yupapin Sirapongam, B.E. 2539).

Nowadays, the structure of Thai society has been changed as in Thai families that extended families have been reduced to nuclear families not only in the city but also in the suburb (National Statistic Office, B.E. 2548: 6-7). The changing of

structure has affected lifestyle, livelihood, status, role, and value of Thai people. In the city with high population density, people have various jobs and education opportunities, along with the good incomes and high standard of living. With the equal rights of male and female, members in the family are more independent. Each member, however, becomes the essential resource earning money to support the family, while family members working outside the houses are also increasing (Anuchart Bunnak, B.E. 2550). According to the growing tendency of chronic illness patients, other members of the family, therefore, need to provide supports. Also from the reason that family is considered as a social organization, it directly plays the important roles for caring chronic illness members. (Mulika Matigo, B.E. 2530, cited in Nilrat Wacharapichart, B.E.2543). According to the literature review in Thailand and foreign countries, there are many supports reflecting the social expectation on the role of caregivers for family members with chronic illness. (Hanprasitkam, 2000; Matayamool, 2003; Niyomthai, 2002; Papangkorn, 2003; Pichaimongkol, 2001; Prapasuchat, 2002; Mccarty & Drebing, 2003; Mittelman et al., 2004; Sirapo-ngam, 1994; Ward-Graffin, 2004). It is found that a caregiver is mainly a family member, closely bound in consanguinity such as an adult child, a father, and a mother or can be a spouse. They are female caregivers and normally in the middle age, caring old aged parents, their spouses, or chronically ill children. Most of them do not have permanent jobs and do housework. From the research describing the multi roles of caregivers, such as being the parents caring their children, while, at the same time being the adult children caring their own parents, also having the permanent job, those caregivers therefore are called as “Sandwich Generation” (Buffardi, Smith, O’Brien, & Erdwins, 1999; Dautzenberg, Diederiks, Philipsen, & Stevens, 1998; Spillman & Pezzin, 2000).

As a result, carrying the dual tasks as the working caregivers, who work outside the house and assist other family members, has the huge impact on their livelihoods such as their self-care activities, time arrangement, job responsibilities, social interaction, freedom, and personal lives. Therefore, caregivers working to support the family and caring for family members with chronic illness will have to change their lifestyles and increase planning of caring activities. These can be the heavy burdens which directly affect the working caregivers.

Most research works studied on the caregivers from the groups of dependency patients and did not specify the caregivers' characteristics. Therefore, the demographic characteristics of caregivers in most research works generally were the middle-aged female, while most of them were the family members who did not work or have permanent jobs. However, it is noted that some caregivers work to support their families or have permanent jobs' responsibilities. Consequently, to random sampling of the working caregivers, the researcher only scoped out the working caregivers who were female, as it is the general caregivers' characteristic. Those female caregivers are in the various fields such as service officers, clerks, doctors, nurses, dentists, pharmacists, teachers, etc. It can be assumed that if the working caregivers can specify their own working hours such as doctors or nurses, they somehow can arrange the caregiving time and shift with other members of the family. However if the working caregivers have the fixed working hours such as daytime hours, like clerks or teachers, they will definitely have the heavy burden from both works and caregiving. These can impact on their self-care activities, physical health and emotion. Up to present, there is no research about working caregivers. Therefore, the researcher is interested in the groups of working caregivers especially the teachers, that caring for family members with chronic illness at the same time. This research aims to study the caregiving burdens of the caregivers for chronic illness family members, the caregivers' self-care activity, and the needs of support of the working caregivers.

Conceptual Framework

The framework of this study is based on the Orem's Self-Care theory (Orem, 2001). The theory has identified three types of self-care requisites which are Universal self-care requisites, Developmental self-care requisites, and Health-deviation self-care requisites. Orem (2001) explains the concept of Self-care agency that it is the complex quality of a person who potentially remains of self-care as the life's process. It maintains and supports the structure completeness, duty and human development, and the well-being. The self-care agency is the individuality which can be adjusted according to basic conditioning factor such as the health condition, education, experience, and culture.

In addition to the Self care theory, the concept of caring for chronic illness patient caring is another supporting idea. Oberst (1991) explains the circumstance of the caring that the members of the family will evaluate their situations whether they are threatened, under pressure, or in favour. (Oberst, 1991) To evaluate as being threatened, it is the prediction of situation whether it will impact on the livelihood in the future or not. If it is evaluated as under pressure, it means this situation has somehow influenced their livelihoods. (Saipin Kasemkitwattana, B.E. 2536) However if the caregivers have enough potential or are capable to assist chronic illness members, they will perceive that caring the family members does not take much time. At the same time, they will not seek help or need of support for the family members. Conversely, if the caregivers do not have enough potential or are not capable enough to respond to the chronic illness members, they will evaluate this situation as caregiving burden. The concept caring for chronic illness is correlated with the self-care agency as the dependent care agency. To clarify, a person who is capable to assist someone will be able to apply the estimative, transitional, and productive operation along with the specific power component to respond to someone who needs help. Nevertheless, it depends on the ability, basic conditioning factors of the caregivers (Orem, 2001)

When a member of the family becomes a caregiver, if he or she evaluates the situation as the caregiving burden, it means this situation affects the caregiver's livelihood. To face the changing of livelihood, caregivers will perceive the needs for self-care and will continuously develop the abilities to take care themselves to maintain their lives normally. At the same time, they will perceive the needs of chronic illness members and continuously develop the abilities to take care the family members in order to maintain and achieve the caring process. Under many affecting condition factors, performing both things and playing more other roles can affect the caregivers' self-care activities. To measure that, it can be assessed from the attempts in doing such tasks. If the caregivers have to put too much attempts on the chronic illness members, it can impact on their self-care activities which in turn impact on the family members and result as Caregiving Burden. Therefore, seeking needs of support may solve caregivers' problems and meet the illness of family members' needs. Particularly, if the needs of support in caring with chronic illness family member are

the key factor for caregiving, it will assist the caregivers to finally have good health. The relationships of these variables were displayed as following.

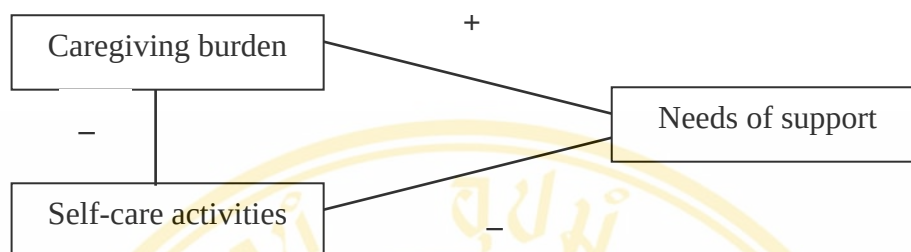


Figure 1 Conceptual framework

The purposes of this study were to examine:

1. The caregiving burden for family members with chronic illness of working caregivers.
2. The self-care activities of the working caregivers.
3. The needs of support in caring for family members with chronic illness of working caregivers.
4. The relationship between the caregiving burden for family members with illness, the self-care activities and the needs of support of working caregivers.

Research Hypothesis

1. The caregiving burden for members with illness has the positive correlation with the needs of support of working caregivers.
2. The caregiving burden for members with illness has the negative correlation with the self-care activities of the working caregivers.
3. The self-care activities of the working caregivers have the negative correlation with the needs of support of working caregivers.

The definition of terms used in this study:

Caregiving burden was defined as aware of spent time in caregiving (demand) and amount of difficulty in caregiving of working caregivers. Caregiving tasks include medical and nursing treatment, personal care, assistance with mobility, emotional support, monitoring and reporting, providing transportation, managing illness related finances, and managing behavior problems. A Caregiving burden was measured by scores on the Caregiving Burden Scale (CBS), a translated and adjusted for Thai culture by Saipin Kasemkitwattana (B.E. 2536). The higher score means the

caregivers perceive of the heavy burden and the lower score means the caregivers perceive of the light burden.

Self-care activities were defined as the activities that people initialize and perform in order to maintain their living, healthy, and welfare. Self-care activities were deliberated action. Self-care can be measured by an instrument, called the perception of ability in caring themselves as the working caregivers. This instrument was developed by the researcher, including the Therapeutic Self Care Demand according to the Orem's Self Care theory. The higher score means the good self cares while the lower score means the unpleasant self cares.

Needs of support mean the needs of help, cooperation, listening, and problem solving. These needs can support the working caregivers to feel like they are being concerned or understood and they are capable enough to take care the chronic illness family members. Needs of support can be measured by the questionnaire asking the caregivers about the demands of help for family members with chronic illness. The questionnaire was developed by the researcher from the literature review. It includes the demand of helps for caring the chronic illness family members, the demands of understanding, and the assistance of other members. The higher score means the caregivers need the support for caring the chronic illness family members and the lower score means they do not need the support.

Methodology

Sample and Setting

The participants of this descriptive research were teachers who are the caregivers whose families' members have chronic illness. Those teachers have permanent jobs at schools under the Office of the Basic Education Commission of Bangkok Education Service Area 1 and 2 from 27 schools. The data was collected from February 1st 2006 to August 31st 2006. The 95 working caregivers were selected by purposive sampling based on the inclusion criteria: 1) aged 20-60 and were teachers, 2) primary caregivers that lived in the same houses of the family members having a chronic illness, and directly assisted both the Activity of Daily Living (ADL) and Instrumental Activity of Daily Living (IDAL) or from the other symptoms with more than one activity per day for at least one month.

Instrumentation

The instruments used in this study were as following.

1. The screening instrument

2. The Demographic Characteristic Form

2.1 The Demographic characteristics of the working caregivers This form included the information about caregivers' gender, age, marital status, education, personal income, number of family members, duration of caregiving, time spent with the family members with chronic illness, personal disease, relationship with family members with chronic illness, number of assistant, caregivers' preparedness, and the consequences of being a caregiver

2.2 The Demographic characteristics of the family members who have chronic illness. This form included the information about the family members with chronic illness gender, age, number of dependent activities, and personal disease.

3. The Caregiving Burden Scale (CBS) This questionnaire was created by Oberst in 1991 (Oberst, 1991). This tool was a modification of the Caregiving Load Scale (Oberst et al., 1989). This questionnaire was translated in Thai language and modified by Saipin Kasemkitwattana (1994) for using in Thai culture. The CBS was separated into the time spent in caregiving (demand) and the amount of difficulty, associated with each of 15 frequently-reported caregiving tasks. The caregiving tasks include 3 basic elements: direct care, interpersonal care, and instrumental care. Subjects respond twice to each item on five-point rating scales, ranging from 1 (none) to 5 (a great amount) of time spent in each activity (demand scale) and from 1 (not difficult) to 5 (extremely difficult) for difficulty, associated with each caregiving task. In this study, the researcher used the CBS with 95 working caregiver and Cornbach's alpha was .93.

4. The Working Caregivers's Self Care Activity Measurement Form This questionnaire was developed by the researcher to measure self-care by evaluating from the attempts in self-care activities of working caregivers. This tool was based on the Orem's Self Care theory, and consisted of Universal self-care, Developmental self-care, and Health-deviation self-care. The questionnaire details were modified from the Self-Care Behavior of Reproductive Female by Waraporn Lertpoonwilaikul and others (B.E. 2547) and from the literature review about the self-care of working people.

There were 26 items in 3 subscales. The participants responded to the instrument in rating scale from 1 (no attempts) to 5 (use most attempts). The scores we got from this instrument were the attempts score. The higher score means the caregiver have to use too much attempts which affects on their self-care. It is because caregivers have to try very hard to look after themselves while taking care of the family members with chronic illness. The lower score means the caregivers do not use attempts, so they can look after themselves better. It is because the caretakers do not have to try to look after themselves while taking care of the family members with chronic illness. Therefore the calculation would be the reversed score of attempts from 5 to 1 score and from 1 to 5 score. The scores of self-care were between 26 -130 which the high score means the caregiver look after themselves very well and low score means the caregivers do not take care themselves well.

5. The Needs of Support in Caring of Working Caregivers Form. This questionnaire was developed by the researcher to measure the needs of support of working caregivers. This tool was based on the literature review about the various needs of support of caregivers in assisting the family members who have chronic illness. It included physical impairment, cognitive impairment, emotional change, and personal demand, while covering the caregiving task. As the samples of this study were the working caregivers, the questions include the needs of support associated with the workplace of caregivers. This tool was applied from the interview of others caregivers with unidentified occupations. There were 19 items and the answers were in 5 rating scales, ranging from 1 (do not agree) to 5 (most agree) with the given needs of support. If their answers were in range 3, the respondents had to identify their reasons for the given needs in the space provided. Besides, there was one open-ended question by asking about other needs of support that they wanted while being caregivers. This question was not calculated, but was used in the part of discussion and analysis by using content analysis strategies.

Validity of the instruments

For the questionnaires number 4, and 5, the researcher validated the qualities of instruments as following.

Content validity The instruments were given to 5 experts for validation. One of them was the expert on the Orem's nursing theory, another was the family nursing

expert, and three of them were the experts on caregivers. The tool was checked for the content validity from Content Validity Index (CVI)(Waltz, Strickland, & Lenz, 1991). After the 3 experts gave the feedback, the researcher calculated the CVI of “the Self-Care Agency Perception Scale of Working Caregiver” and “the Working Caregivers’ Needs of Support Scale”. The CVI scored .83 and .80 respectively. The other 2 experts did not rate the score, but gave suggestions for the instrument. After that, the researcher modified the content and language, according to the comments of the experts and the advisor.

Reliability The researcher tested the tools with the first 30 samples of working caregivers. It was found that Cornbach’s alpha coefficient of the Self-care Agency Perception Scale of Working Caregivers and the Working Caregivers’ Needs of Support scored .94 and .95 respectively and with 95 samples, they scored .97 and .95 respectively.

The Protection of Human Subjects

The human rights of the subject are respected in this study. The study had approved from the Faculty of Graduate Studies of Mahidol University. Eligible subject were approached to participate in the study. The researcher explained purposes of the study, data collection, process, benefits, risks, type of questionnaires, and length of time for completing the questionnaires. The subjects who agreed to participate were informed and assured that the data would be kept strictly confidential and report anonymously. They were informed that they had a right to withdraw at anytime.

Data Collection

The researcher collected the data as following.

1. The researcher contacted the director of Bangkok Education Service Area 1 and 2 and presented the letter of the Faculty of Graduate Studies of Mahidol University in order to clarify the research objectives and asked permission for data collection. After granted, the researcher presented the letter to the principal of 57 schools to clarify the objectives and asked for cooperation in data collection in order to survey for the target population.

2. After the survey of target qualified population from 57 schools, only 27 responses had been received from the school. The researcher distributed 10 copies of the questionnaires to each school by enclosing the instruction explanation for the

respondents with the instruments in order which were 1) The Caregiving Burden Scale, 2) The Self-care Agency Perception Scale of Working Caregiver, 3) The Working Caregivers' Needs of Support Scale for the family members who have an illness, and 4) The Demographic characteristic form.

3. After 2 weeks, the researcher contacted the coordinator in each school to meet the samples and collect the questionnaires.

4. Then, the researcher checked for questionnaires' completeness. In case of incomplete or unclear data, the researcher asked the sample again and recorded in the questionnaires approximately 15-30 minutes.

Data analysis

The researcher identified the data code and constructed the manuals of questionnaire encoding, and then analyzed the data by using computer package as the following procedures.

1. The Demographic characteristics of the working caregivers and family members with chronic illness, caregiving burden, self-care activities and needs of support were analyzed by using the descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation).

2. The researcher analyzed the correlation which was the Caregiving Burden, the Self-care agency of Working caregiver, and the Working caregivers' Needs of support by using Pearson Product Moment Correlation.

3. The reasons for the needs of support in each item which caregivers were rated at level 3 and over more than 70% and other needs of support that the respondents wanted while being caregivers, including the positive and negative consequences were analyzed by content analysis.

RESULT

The Demographic Characteristics of working caregivers: From the 95 working caregivers, 90.5% of them were females, and the mean age was 49.64 years old (ranged 23-60, SD 6.28). There were 47.4% who were not married and 65.3% with the bachelor degrees. The monthly personal income ranged 6,000 -70,000 with the mean of 28,110.09 Baht. They were on duty caregiving approximately 7.87 hours a day, duration of caregiving from 2 months to 25 years (M=82.41, SD= 65.91). About

the caregivers' health, 41.1% reported having the chronic illness, while some having more than one disease. For the relationship with the family members having an illness, 85.3% of caregivers were adult children and 74.7% had others who gave helps for caring. In addition, 62.1% of working caregivers were not prepared before they became the caregivers.

Furthermore, there were qualitative data about the impact on the caregivers. The positive consequences were to allow them to show their filial obligation, bring out their love, close up with the members, understand life more, increase knowledge, and give counseling. The negative consequences were fatigue, inadequate rest, unhealthiness, stress, anxiety, depression, time burden, lack of free time, financial problems, inefficient work, lack of promotion chance, decline in family relationship, having conflicts with others, and load of work.

The Demographic Characteristics of family members having an illness:

From the 95 family members having an illness, 77.9% were female with the age ranging from 5 to 98 years ($M = 74.92$). There were 85.3% having chronic illness, while some having more than one disease. It was found that about 64.2% of family members with chronic illness demanded 7 or above caregiving tasks daily.

The Caregiving burden of working caregivers: For the caregiving burden score, the caregivers rated the providing medical/nursing treatments as the most score ($M=3.28$, $SD = .93$) and the assisting with communication as the least score ($M = 2.12$, $SD = 1.07$). To consider as the individual item of caregiving demand, the most score was about giving emotional support ($M=3.72$, $SD=.93$) and the lowest score was the assisting with communication ($M = 2.01$, $SD = 1.07$).

The Self-care Activities of the working caregivers: The finding revealed that the scores of working caregivers' self-care were mostly at the moderate level ($M=86.24$, $SD = 25.21$). Each subscale was mostly at the moderate level. For the individual item, the lowest score was to look after themselves when they were sick, like taking medicines for any discomfort ($M=2.9$, $SD=1.36$). For the most score, it was about drinking enough pure water ($M=3.64$, $SD = 1.29$). It was found that working caregivers needed a lot more of attempts in self-care, comparing to the time before becoming the caregivers, which increased 30 percent of activities. For example, the increasing activities were looking after themselves when they were sick, like taking

medicines for any discomfort (35.8%), and giving self-care to prevent the sickness (33.7%). In contrast, the decreasing activities were having privacy activities, having exercises, attending social activities, and having enough rests.

The Needs of Support of working caregivers for chronic illness members:

The scores of the needs of support of working caregivers were mostly at the moderate level, with the mean of 57.86 (SD = 18.3). The highest score was about the skills to support the chronic illness member in emergency status. When talking about the needs of support that the caregivers rated at level three and over, the most 3 chosen supports were skills to support the chronic illness member in emergency status (75.79%), the telephone counseling with the health care professionals (74.74%), and the convenience of doctor appointment (73.68%). For the reasons in each item, the caregivers reported the lack of knowledge, caring skills, and useful information, also having the role conflict. For other needs of support, they needed helps from the health care professionals, other related organizations, and other family members.

The Relationship among the studied variables: According to the hypotheses testing, the finding revealed that the caregiving burden has a significant negative correlation with the self-care activities of working caregivers ($r = -.60, p < .01$). However, the caregiving burden has a significant positive correlation with the needs of support of working caregivers ($r = .52, p < .01$). Finally, the self-care activities has a significant negative correlation with the needs of support of working caregivers ($r = -.54, p < .01$).

Discussion

Most of the working caregivers were females, adult children, and the average age was 49.64 years old. These findings relate to the study of caregivers in Thailand which a caregiver was mainly a family member, closely bound in consanguinity such as being an adult child, or could be a spouse, and mostly were middle-aged females (Monkong, 1999; .Niyomthai, 2002; Papangkorn, 2003; Prapasuchat, 2002; Yothayai, 2004). According to the Thai culture, children are responsible for looking after their parents like to show their filial obligation (Boonchalaksi, 2000; Knodel, Chayavan, & Siriboon, 1992). In addition, from the expectation of the family, women are normally expected to look after other family members. The findings also revealed that the

working caregivers mostly graduated with bachelor degrees. However, the findings differ from the previous study which caregivers mostly graduated at the primary school level (Wongjunlongsin, 1999; Buddhawan, 2002). It can be assumed that because this study focused on the working caregivers who were the teachers of the Ministry of Education. In addition, most of them were not prepared before becoming caregivers (62.1 %). Therefore, the education of the caregivers can be the key factor for the health care professionals to set the support such as the caregiving manuals, the seminar about working caregivers. For monthly personal income (M=28,119.09), while the average expenditure of the households in Bangkok area in B.E. 2547 was 22,982 Baht a month (National Statistic Office, B.E. 2550). As the government official caregivers, they can get the refund for the medical expenses for family members having illness. They, therefore, have enough income to cover the expenditure, which relates to the study of Nipa Niyomthai (Niyomthai, 2002: 62) about the caregivers of patients with stroke. In Niyomthai's study, about 66.7% of caregivers had enough income for the expenditures. However, some working caregivers in this study stated the financial problems from the caregiving expenses. One of them said, "The income is never enough for the expenses. We need lots of money, so we take out the loan from the government organization and the banks to cover the expenses."

For the caregiving burden of working caregivers, the average score was at the moderate level. This score could be the result of the average age of working caregivers which was 49.64. According to the Erickson's psychosocial development stage theory, the middle-aged stage (40-65 years old) is the period that people turn the attention to outside environment, initial social works, concern others, and they are not greedy or egocentric (Andreas, 1992; Chapman, 2006). Therefore, they view the changes in the family as the manageable burden. Although most of them (62.1%) were not prepared before becoming the caregivers, the bachelor degree education of these samples could help them to apply the previous knowledge, while searching and selecting the useful information. As being female caregivers (90.5%), adult children (85.3%), and expected from the society, therefore, those caregivers were willing to assist the family members with chronic illness and consider the caregiving as to show their filial obligation or to fulfill the love ones. One of them said, "Everything I do, I'm willing to do and I don't count it as the burden." While another caregiver expressed their

feeling that, “When caring them, it makes me happy and not tired at all. It is also a chance to show my filial obligation by paying attention and willing to do.” It can be assumed that the above statements reflect the evaluation of caregiving burden that even they have a lot of tasks, the caregivers still perceive them as the little burdens or no burden at all.

The self-care scores ($M = 86.24$, $SD = 25.21$) revealed that the working caregivers looked after themselves at the moderate level. This could be the result of the bachelor degree level. According to Orem (2001), the education level is part of the learning process which can promote the self-care agency. The occupation and income are the main resources. If they live sufficiently, their self-care methods will be well-selected and they can fulfill needs of support. The higher income means the more of chances in facilitating themselves to be healthy and in choosing the appropriate health care service (Pairin Kantana, B.E.2543). In addition, it was found that there were other people who supported the caregivers in caring the patients, which could relieve the main caregiver's burdens. Therefore, the above reasons enabled the caregivers to seek more facility and had more time for self-care while assisting someone else. As a result, they evaluated themselves that their self-care activities were at the moderate level. For the subscale item, the findings revealed the higher score ($M = 3.42$, $SD = .98$) was about universal self-care requisites that means working caregiver evaluated that their self-care in this subscale were met basic need of themselves. It was enough to maintain their good health. In contrast, if working caregivers have multiple roles or burden, caregivers will perceive and respond to the needs for self-care and will continuously develop the abilities to take care themselves to maintain their lives normally. At the same time, they will perceive and respond to the needs of chronic illness family members and continuously develop the abilities to take care the family members in order to maintain and achieve the caring process (Orem, 2001)

The scores of needs of support were mostly at the moderate level ($M = 57.86$, $SD = 18.3$). It could be the result of characteristics of the caregivers such as the bachelor degree level and the sufficient income that enabled caregivers to seek more facility and chose the appropriate health care service. Although most of caregivers were not prepared for the role of caregivers, some had prepared by self-study, reading manuals, and counseling with health care professionals. Therefore, the scores of needs

of support were at the moderate level which relates to the previous study that the needs of support of caregivers also were at the moderate level (Sureerat Chuangsawatsak, B.E. 2541; Hanprasitkam, 2000). In addition, it was found that the skills to support the family members with chronic illness in emergency status was the item that caregivers needed most ($M=3.58$, $SD=1.37$). It was noted that the findings could result from the evaluation in the caregiving burden's part, which they rated the caregiving treatment as the most score. Also from their given reasons that they wanted to increase the knowledge and caring skills, therefore, they rated the skills to support the family members with chronic illness in emergency status most. One of the caregivers said, "It's important to know what must be done first in the emergency." The findings relate to the study of Wiriya Sampatanukul (B.E.2542) in the qualitative data about needs of support for caring the elderly after leaving the hospital. The Wiriya's study found that the caregivers needed the information on the disease and caring methods. Besides, there were the qualitative data about the other needs of support such as helps from the health care professionals, including the doctor service and information giving. One caregiver said, "The attentive doctor advice reminds the patients to repeat proudly and give encouragement to follow." Another caregiver suggested that, "When arranging the seminar about caring chronic illness family members, it should be on holiday because during the weekdays we have to work." These suggestions should be useful for the health care professionals to arrange the appropriate support according to the working caregivers' actual needs.

According to the results, the caregiving burden was positively correlated to the needs of support of working caregivers. It could be because the caregivers played multiple roles at the same time, both caring for the chronic illness members and working. Many of them were also not prepared for being caregivers and the family members having the chronic illness were up to 85.3%. As a result, the caregiving activities were more complicated which influenced the caregivers' to evaluate as the increasing burden. Consequently, they had to find useful resources that could help them to respond to the needs of chronic illness members. The findings relate to the study of Chanita Maneewan (B.E.2535) and Fukui (2004) that the needs for caregiving information of the caregivers were correlated to the dependency of family members with chronic illness. Therefore, if the health care professionals arrange the model for

caregivers such as skill training, providing the information at their houses, and giving telephone counsel to support the caregiver's need sufficiently, the caregivers will spend less time in caring the family members with illness. They will not have difficulties in caregiving which will make them evaluate the caregiving for family members with illness as it is not the burden.

The self-care activities of working caregivers were negatively correlated to the caregiving burden. It could result from the caregivers' perception of the increasing burdens from caregiving tasks, numbers of nursing care hours, work and family responsibilities, and older age, which they had to look after themselves and others at the same time. If they do not maintain good health by proper self-care, it will impact on caregiving for family members with illness. The results relate to the study of Lynch-Sauer (Lynch-Sauer, 1990) that the caregiving burden impacted on the caregivers both physically and emotionally. The impact was the result of the caring context not from the diseases' symptoms of the patients. Nilrat Watcharapichart (B.E.2543) found that women devoted themselves for caring with high responsibilities, even they lacked of experience in caring. At the same time, they faced the stress and lots of pressure. In any direction, to respond to the needs of patients influenced the caregivers' way of life both physically and emotionally including the economics, the lifestyles, works, social status, freedom, and privacy. These factors made them can not manage to balance their lives and duty. When person take role as caregivers, he or she will perceive and respond to the needs of chronic disease members and continuously develop the abilities to take care the patients in order to maintain and achieve the caring process. At the same time, they will perceive and respond to the needs for self-care and will continuously develop the abilities to take care themselves to maintain their lives normally. If they did not meet the need of themselves that they can not maintain the therapeutic self-care demand. It effect to their physical and mental health and effect to the quality of caring process. This correlation must spotlight to the health care professionals to arrange and develop dependent-care agency to the working caregiver. This helps may lead to relieve caregiving burden that effect to self care of working caregiver. Although the results of the study found the correlation between self-care and caregiving burden but there were the higher caregiving burden that working caregiver could maintain their self-care and

lives normally. One of them said, “When caring them, it makes me happy and not tired at all. I have a chance to show my filial obligation. I’m willing to do, so I want to be the one to look after them.” This positive concept may be one of the key factors to encourage the caregivers to take care their family members with illness, though the caregiving is the increasing burden.

The self-care activities were negatively correlated to the needs of support of working caregivers. To clarify, if the caregivers do not have enough good self-care, they need to seek for helps to assist the chronic illness members in order to relieve the caregiving burden to maintain their own healthy condition. From the results, the negative effects reflected the improper self-care and the unprepared family members who became the caregivers (62.1%). However when people become the caregivers, they need to perceive and respond to the needs for self-care. They should continuously develop the abilities to take care themselves to maintain their lives normally. On the other hand, they will wholly or partly perceive and respond to the needs of chronic illness members and continuously develop the abilities to take care their family members in order to maintain and achieve the caring process (Orem, 2001). Although the working caregivers evaluate themselves as poor self-care that shown as the negative consequences. One of caregivers said “After work, I hurry go back home to take care my mother. It’s so tired but I must do” While another one said, “I’m so stress, moody, uneasy. My son didn’t intent to do something, I yelled at him then I feel upset” And another one said, “I didn’t have privacy time. I must work hard for prepare money. I feel unhappy” Those statements were reflecting to quality of caring process. In conclusion, seeking for needs of support for both the family members with chronic illnesss and the caregivers is the key factor that will enable the caregivers to maintain their self-care while assisting others. One of the caregivers gave the reason for the needs of support, “I think, it helps me to manage my own and others’ emotion. Sometimes, I’m fretful like why someone else doesn’t help me. They let me look after the child alone. I think a lot and then have a fight with my husband.” These reflect the needs of skills in coping with the conflict in order to maintain and achieve the caregiver’s role. From the literature review, there is no research on the relationship between self-care and needs of support for family members with illness. There is only the study on the relationship between health status which results from the self-care and

social support which are the useful resources that people use when facing the problem. The results of most study reveal that social support has the positive impact on the health status (Carol, Femengel, Holcroft, & Gerald, 1994; Longford et al., 1997). To sum up, from the results of this study, the findings can be applied for the preliminary preparation of the people who will be working caregivers in the future.

Recommendations

Implications for Nursing Practice

The findings of this study can be the primary data for developing the service model for the caregivers by emphasis on providing knowledge and training about the caregiving skills for the family members having chronic illness, while focusing on the self-care of working caregivers. The health care providers may set the support model as following.

1. Arrange the workshop training about the caregiving for chronic illness members or about the caregivers' self-care. The training should be arranged during the public holidays or as the in-service training to benefit the working caregivers. The progressive public relation schemes should be set up to publicize the training program for organizations concerned about the working caregivers. For example, the health care providers may send out the letters of invitation to the organizations, publish some training brochures, and advertise on the television, radio, newspaper, or internet. This will acknowledge the concerned organization and caregivers' colleagues to realize the necessity of caregivers who work full time and have to assist members who have illness at the same time.

2. Visit the patients' house in case the family members with chronic illness having the complicated caring tasks in order to follow up the evaluation of the working caregivers' ability. In addition, it is the searching of problems that may arise from the caregiving and the assessment of the health status of working caregivers. Providing the counsel and follow-up on the telephone will be useful as well.

3. Construct the manuals of the caregiving for the chronic illness family members, including the telephone numbers of the useful resources such as the numbers of doctor, the nurse, the ambulance, and the hospital, etc.

4. Arrange the health checking service or evaluate the working caregivers' health while they bring the family members with chronic illness for the follow up

care at the hospital in order to obtain the information of health status and provide individual support.

5. Arrange the group seminar of the working caregivers to exchange the useful information and experiences from the caregiving.

In addition, the results of the study can be the primary data for the organizations having the caregiver employees, in order to understand the burden of caregivers and the needs of support of working caregivers. Therefore, the results of the study should be published through various means to allow the organizations to apply the support schemes for the working caregivers, such as the flexibility of working hours or the refund of medical expenses.

Implications for Nursing Education

The learning activities should fundamentally provide students to have knowledge and realize the importance of the family while training the practical nurse to individually prepare when the family members having illness will be cared at home by arranging the particular practice.

Implications for Nursing Research

This study is the starting point to discover the relationship between the caregiving burden, self-care activities, and needs of support of the working caregivers for the family members having illness. The recommendations for further study are as following.

1. Research on the caregiving burden, self-care activities, and needs of support by comparing the caregivers who are having the permanent jobs and who are not working.
2. Experimentally research by programming the supports for working caregivers in order to relieve the burdens and promote the appropriate self-care.
3. Qualitative research on the self-care process of working caregivers.

บรรณานุกรม

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาโรคยศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 147-157.
- จริยา วิฑะสุกร. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น. (2537). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเปื้อหน่ยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิตา มณีวรรณ, เมริย์ สุดจินดา, สมทรง จุไรทัศน์ย์, และวรณัน นิลนัครา. (2535). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. กรุงเทพฯ: แผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ พื้นชมภู. (2540). การรับรู้ประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นมิตา ล. สกุล. (2544). ภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาโรคยศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นิลรัตน์ วัชรวิชาติ. (2543). บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาพัฒนาชนบทศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2537). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์* (หน้า 133-164). กรุงเทพฯ: วิสิษฐ์สิน.
- ปิ่นนเรศ กาศอดา, รวีวรรณ เป้ากันหา, วารี กังใจ, คณิศร แก้วแดง, และรัชมน นามวงศ์. (2547). สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ ความผาสุกและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. *การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2547 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการในการดูแลผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัวของผู้สมรสของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุญ. (2549). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แอดทีฟ พรินท์.
- เพียงใจ ดิเรไพบวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรินทร์ กันทนะ. (2543). *ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- _____. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. *รามาริบดีพยาบาลสาร*. 9(2), 156-164.
- รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รญา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. *วารสารพยาบาล*, 41(1), 3-19.
- วรารักษ์ เลิศพูนวิไลกุล, ยุภาพร ลิ้มไฉน, และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของสตรีบ้านใหม่หลังมอ หมู่ที่ 14 ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันดี โตสุขศรี. (2539). ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). ภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.
- วิริยะ สัมปทานกุล. (2542). ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมฤดี สัทธิมงคล. (2541). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2547). *Report on Thai Family Situation (1994-2003)*. Retrieved February 24, 2007, from http://www.women-family.go.th/Report%20On%20Thai/book_report.html

- สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2550). จำนวนสถานศึกษาครู/อาจารย์ และนักเรียน นิสิต นักศึกษา จำแนกตามสังกัด ในกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค ปีการศึกษา 2548. Retrieved February 24, 2007, from http://www.mis12.moe.go.th/eis_report/repSum1.php? RYear=2548
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). สรุปสถานการณ์ไทยปีพ.ศ.2547. สารสถิติ, 16(3), 6-7.
- _____. (2550ก). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrieved February 02, 2007, from http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/table/files/S-healthwelfare/2548/000/00_S-health-welfare_2548_000_000000_02200.xls
- _____. (2550ข). จำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และจำนวนเตียง จำแนกตามแบบการบริหาร ภาค และจังหวัด พ.ศ. 2547. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrieved March 15, 2007, from http://service.nso.go.th/nso/data/data23/stat_23/toc_4/4.8-6.xls
- _____. (2550ค). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2548. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrieved February 02, 2007, from http://service.nso.go.th/nso/data/02/02_files/ict/surv_workpop48.pdf
- _____. (2550ง). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2547 ทัวระชาอาณาจักร. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrieved February 02, 2007, from http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/table/files/S-ses/2547/000/00_S-ses_2547_000_000000_00700.xls
- สีดา สุจริตกุล. (2541). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างดูแล สุขภาพในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิสา เต็มทับ, สุธศิริ หิรัญขุนหะ และ อังศุมา อภิชาติ. (2548). อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็ง ของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการ รับรู้ภาวะ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. สงขลา นครินทร์เวชสาร, 23(6), 445-454.
- สุรางค์ จันทวานิช. (2542). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

- อนุชาติ บุนนาค. (2550). *ข้อมูลการบรรยายวิชาสังคมและการปกครองไทย สถาบันครอบครัวไทย ในปัจจุบัน*. Retrieved April 14, 2007, from <http://www.anuchart.info/article/s8family.pdf>
- อรรถัย ทองเพชร. (2545). *ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรถัย โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภากร เปี้ยนนีม. (2548). *เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ*. คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา. Retrieved March 09, 2007, from <http://www.nmc.ac.th/science/download.php>
- อัญญา เอ็นซ์และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล. (2541). *การศึกษานบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Andreas, L.G. (1992). Psychosocial Development During the Middle Adult Years. In Clara Shaw, S. & Shirley Smith, A. (Eds.), *The process of human development: A holistic life span approach (3rded.)* (pp. 779-803). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Baumgartent, M. (1989). The Health of persons giving care to the dementia elderly: A critical review of literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(12), 1134-1148.
- Boonchalaksi, W. (2000). *Family size and elderly care*, Doctoral dissertation, Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.
- Boonluk, C. (2005). *The relationships among selected factors, caregiving burden and family well-being in mother of children with autistic disorders*. M.S. Thesis in Nursing Science (Pediatric Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
- Buddhawan, N. (2002). *Factors influencing health status of caregivers of postoperative neurosurgical patients*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
- Buffardi, L.C., Smith, J.L., O'Brien, A.S., & Erdwins, C.J. (1999). The impact of dependent-care responsibility and gender on work attitudes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(4), 356-367. Retrieved September 6, 2004, from Medline database.

- Carey, P.J., Oberst, M.T., McCubbin, M.A., & Hughes, S.H. (1991). Appraisal and Caregiving Burden in Family Members Caring for Patients Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1341-1348.
- Carol, E.S., Femengel, K., Holcroft, C., & Gerald. K. (1994). Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes. (An Abstract) *Annals of Behavioral Medicine*, 16(4), 352-362
- Chapman, A. (2006). *Erickson's psychosocial development theory*. Retrieved March 06, 2007, from http://www.businessballs.com/erik_erikson_psychosocial_theory.htm#erikson's_eight_psychosocial_crisis_stages
- Dautzenberg, M.G., Diederiks, J.P., Philipsen, H., & Stevens, F.C. (1998). Women of a middle generation and parent care. *International Journal of Aging and Human Development*, 47(4), 241-262. Retrieved September 6, 2004, from Medline database.
- David, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family Community Health*, 15(2), 1-10.
- Donprapeng, B. (2006). *The Relationship among caregiving burden, coping resources and quality of life of dependent older adults 'caregivers*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
- Dupaskul, S. (2001). *Needs for support among caregivers of AIDS patients at home*. M.S. Thesis in Nursing Science (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
- Fukui, S. (2004). Information needs and the related variables of Japanese family caregivers of terminally ill cancer patient. *Nursing and Health Science*, 6, 29-34.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Given, C.W. (1990). Response of elderly spouse caregivers. (An Abstract) *Research in Nursing and Health*, 13(2), 77-85.
- Hanprasitkam, J. (2000). *Caregivers' needs for caring cerebral palsy children at home*. M.S. Thesis in Nursing Science (Maternal and Child Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Hileman, J.W., Lackey, N.R., & Hassanein, R.S. (1992). Identifying the need of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19(5), 771-777.
- Johnoson, P., Chaboyer, W., Foster, F., & Vooren, R.V.D. (2001). Caregivers of ICU patients discharged home: What burden do they face? *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 219-227.
- Kespichayawattana, J. (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.
- Knodel, J., Chayavan, N., & Siriboon, S. (1992). The familial support system of Thai elderly: an overview. *Asia-Pacific Population Journal*, 7(3), 105-126.
- Longford, C.P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P. & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Lynch-Sauer, J. (1990). When a family member has Alzheimer's disease: a phonological description of caregiving effect. (An Abstract). *Journal of Gerontological Nursing*, 19(9), 8-11.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. Newyork: Harper & Row.
- Matayamool, C. (2003). *Factors affecting to role strain of caregiver in stroke patients*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Mccarty, E.F., & Drebing, C. (2003). Exploring Professional Caregivers' perceptions: Balancing Self-care with Care for Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(9), 42-48.
- Mintz, S. (2002). Caregiver connction: The power of words. *Paraplegia News*, 56(6), 18-19
- Mittelman, M.S., Roth, D.L., Haley, W.E., & Zarit, S.H. (2004). Effect of a caregiver invention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's Disease: Results of a Randomized Trial. *Journal of Gerontology*, 29B(1), 27-34.
- Monkong, S. (1999). *Measuring Caregiver burden: its effect on the primary caregiver of Thai elderly with hip fractures*. M.S.(Gerontological Nursing), The University of Michigan.

- Montgomery, R.I.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.P. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Morimoto, T., Schreiner, A.S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Aging*, 32, 218-233
- Neal, M.B., & Wagner, D.L. (2004). *Working Caregivers: Issues, Challenges, and Opportunities for the Aging Network*. Retrieved August 10, 2004, from http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/caregiver/careprof/proguidance/background/program_issues/Fin-Neal-Wagner.pdf
- Niyomthai, N. (2002). *Caregiving Duration, Family life Events, Family Hardiness and Well-being of Family Caregivers of Stroke Survivors*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Norwood, S.L. (2000). *Research strategies for advanced practice nursing*. Upper saddle rivers: Prentice Hall Health.
- Oberst, M.T. (1991). *Caregiving Demand Scale*. Madison: University of Wisconsin.
- Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A., & Ward, S.E. (1989) Caregiving demand and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12, 209-215.
- Oberst, M.T., Hughes, S.H., Charg, A.S., & McCubbin, M.A. (1991). Self-care burden, stress appraisal and mood among persons receiving radiotherapy, *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Ostwald, S.K. (1997). Caregiver Exhaustion: Caring for the Hidden Patients. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(2), 29-35.
- Papangkorn, R. (2003). *Caregivers' Experiences in Caring for Dependent Elderly Persons*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pichaimongkol, U. (2001). *Nurses' and caregivers' perception on self-care requisites in elderly patients with heart failure, and caregivers' efficacy*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Piferi, R. L., Jobe, R. L., & Jones, W. H. (2006). Giving to others during national tragedy: the effects of altruistic and egoistic motivations on long-term giving. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, 171-184.
- Pohl, J.M., Gold, D.P., Andres, D., Markiewicz, D., & Gauthier, S. (1994). Social vulnerability and reactions to caregiving in daughters and daughters-in-law caring for disabled aging parents. (An Abstract). *Health Care Women International*, 15(5), 385-395.
- Polit, D., & Hungler, B.P. (1991). *Nursing Research: Principles and Method* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Poulshock, S.W. & Deimling, G.T. (1984). Families caring of elders in residence: issue in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39(2), 230-239.
- Prapasuchat, J. (2002). *The Behavior of Family Caregivers for the Elderly Dependency Care in Nakornrajsima Province*. M.A. Thesis in Population Education, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Prawtaku, S. (2006). *A comparison of needs for helps and caregiver role strain among spouse children and sibling's caregivers of patients with stroke*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
- Reinhard, S.C. (1994). Living with mental illness: effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing and Health*, 17, 79-88
- Rosswurm, M.A., Larrabee, J.H., & Zhang, J. (2002). Training family caregivers of dependent elderly adults through on-site and telecommunications programs. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(7), 27-38.
- Saengratsamee, A. (2004). *Role strain of caregiver daughters of patients with cerebrovascular disease*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
- Sawatzky, J.E. & Fowler-Kerry S. (2003) Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 277-28.
- Sinthanayothin, P. (2000). *The study of health perceptions and health promoting behaviors in midlife working women in Bangkok*. M.S. Thesis in Nursing Science (Maternal and Child Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Sirapo-ngam, Y. (1994). *Stress, caregiving demand and coping of caregivers of Parkinson's patients*. A Doctoral Dissertation, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA.
- Spillman, B.C., & Pezzin, L.E. (2000). Potential and active family caregivers: changing networks and the "sandwich generation". *Milbank Quarterly*, 78(3), 347-374. Retrieved September 6, 2004, from Medline database.
- Stetz, K.M., & Brown, M.A. (2004). Physical and psychosocial health in family caregiving: A Comparison of AIDS and Cancer caregivers. *Public Health Nursing*, 21(6), 533-540
- Tenji, H., Ootsuki, M., Mutsui, T., & et. al. (2005). Dementia caregiver's burdens and use of public services. *Geriatrics and Gerontological International*, 5, 94-98.
- Tuangsin, P. (2001). *The relationships among caregiving self efficacy, receiving knowledge and support from nurses and perceived caregiving burden in caregivers of patients with stroke*. M.S. Thesis in Public Health (Public Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Walker, A.J., Pratt, C.C. & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, 4, 402-411.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L., & Lenz, E.L. (1991). *Measurement in Nursing Research* (2nd ed.). Philadelphia: F.A.Davis.
- Ward-Graffin, C. (2004). Nurse as Caregivers of Elderly Relative: Negotiating Personal and Professional Boundaries. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(1), 92-114.
- Wingate, A.L. & Lackey, N.R. (1989). A description of needs of noninstitutionalized cancer patients and their primary caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4), 216-225.
- Wongjunlongsin, S. (1999). *Caregiving Demands, Stress and Coping of Family Caregivers of Patient with Cerebrovascular disease*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Wongsith, M. & Siriboon, S. (1999). *Family and the Elderly: Case study of Bangkok and Phra Nokorn Sri-Ayuddhaya*. Bangkok: Chulalongkorn University.

- Yothayai, C. (2004). *Care Activities, Family Caregivers' need, and Consequences of being a Caregivers of Elderly Patients with Orthopedic surgery*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlate of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.





ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบสำรวจกิจกรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

2.2 แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale: CBS)

2.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

2.4 แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

แบบสำรวจกิจกรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล

1. อายุ.....ปี
2. ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....ปี.....เดือน
3. ท่านให้การช่วยเหลือดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ไว้ด้านหน้ากิจกรรม)
.....3.1. การดูแลความสะอาดของร่างกาย
 - ☐ การแต่งตัว/สวมใส่เสื้อผ้า
 - ☐ อาบน้ำ/เช็ดตัว
 - ☐ สุขาวิทาสส่วนบุคคล(ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด)
 - ☐ สระผม
.....3.2 . การเคลื่อนไหวร่างกาย
 - ☐ การเคลื่อนย้าย(ลุกจากเตียง หรือเคลื่อนย้ายลงมานั่งเก้าอี้)
 - ☐ การเดิน
 - ☐ การขึ้นลงบันได
 - ☐ ช่วยให้การเคลื่อนไหวและจัดทำ
.....3.3 . การรับประทานอาหาร
 - ☐ ป้อนอาหาร/ให้อาหารทางสายยาง
 - ☐ การเตรียมอาหาร
.....3.4 . ช่วยจัดการเกี่ยวกับการขับถ่าย
 - ☐ ช่วยจัดการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ
 - ☐ ช่วยจัดการเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ
 - ☐ การใช้ห้องสุขา หรือกระโถน
.....3.5 . การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย
 - ☐ เตรียมและช่วยเหลือในการทำกายภาพบำบัด
 - ☐ นวดคลายกล้ามเนื้อ
.....3.6 . การช่วยเหลือเกี่ยวกับภาวะโรค
 - ☐ จัดเตรียมยา
 - ☐ ป้อนยา ฉีดยา ฟันยา
 - ☐ ทำแผล
 - ☐ พาไปพบแพทย์

๒ ติดต่อแพทย์ พยาบาล เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วย

.....3.7 การให้ความช่วยเหลือโดยการปลอบใจ ให้กำลังใจ

.....3.8 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย

.....3.9 การดูแลอุปกรณ์ และเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อุปกรณ์ทำแผล
อุปกรณ์ให้อาหาร



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

1. เพศ

- ☐ ชาย
- ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพ

- ☐ โสด
- ☐ คู่
- ☐ หม้าย หย่า แยก

4. ระดับการศึกษา

- ☐ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูง
- ☐ ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
- ☐ ปริญญาโท
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้.....บาทต่อเดือน

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน (รวมบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย)

7. ระยะเวลาที่ให้การดูแล ปี

8. จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน ชั่วโมง

9. โรคประจำตัว

- ☐ มี ระบุ.....
- ☐ ไม่มี

10. ท่านเกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างไร

- ☐ บิดา / มารดา
- ☐ คู่สมรส
- ☐ บุตร
- ☐ หลาน
- ☐ ลูกพี่/น้อง
- ☐ พี่/น้อง
- ☐ เพื่อน

11. นอกเหนือจากท่านที่ให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยแล้ว มีบุคคลอื่นให้ความช่วยเหลือในการดูแลหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี จำนวน คน

12. ก่อนหน้าที่ท่านจะมารับหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยท่านได้มีการเตรียมตัวหรือไม่อย่างไร

- ☐ ไม่ได้รับการเตรียมใด ๆ มาก่อน
- ☐ ได้รับการเตรียมตัว จาก
 - ☐ ศึกษาด้วยตัวเอง โดยปรึกษากับเจ้าหน้าที่สุขภาพ อ่านหนังสือคู่มือ
 - ☐ เจ้าหน้าที่สุขภาพ สอนและฝึกทักษะให้
 - ☐ ปรึกษาผู้อื่น
 - ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

13. อธิบายความรู้สึกที่ดีที่เกิดจากการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

.....

.....

.....

14. อธิบายความรู้สึกที่เป็นผลด้านลบที่เกิดขึ้นกับท่านจากการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

.....

.....

.....

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

1. เพศ

- ☐ ชาย
- ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. จำนวนกิจกรรมที่ต้องพึ่งพา.....กิจกรรม

4. โรคประจำตัว

- ☐ มี ระบุ.....
- ☐ ไม่มี

แบบวัดภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนที่ 1 นี้มีทั้งหมด 15 ข้อ เพื่อวัดภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของท่านที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุดดังต่อไปนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ไม่เลย	หมายถึงไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมนั้นเลย
น้อย	หมายถึงใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมนั้นน้อย
ปานกลาง	หมายถึงใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึงใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมนั้นมาก
มากที่สุด	หมายถึงใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมนั้นมากที่สุด

ความยากลำบากในการดูแล

ไม่เลย	หมายถึงไม่มีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมนั้นเลย
น้อย	หมายถึงมีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมนั้นน้อย
ปานกลาง	หมายถึงมีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึงมีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมนั้นมาก
มากที่สุด	หมายถึงมีความยากลำบากในการดูแลกิจกรรมนั้นมากที่สุด

แบบวัดภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ต่อ)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้					ความยากลำบาก				
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.เฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ										
2.จัดการเรื่องการเดินทาง										
3.ให้กำลังใจปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน										
4.ดูแลเรื่องส่วนตัวของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย										
5.ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น										
6.ติดต่อกับแพทย์และพยาบาล										
7.ช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการพุงตัวในขณะเดินและอื่น ๆ										
8.จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย										
9.ทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น										
10.จัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยและครอบครัว										
11.ดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล										
12.เตรียมกิจกรรมสำหรับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย										
13.ทำงานอื่น ๆ เพิ่มขึ้นจากที่ทำตามปกติ										
14.ช่วยบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในการอ่านเขียน										
15.ช่วยติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ										

แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนที่ 2 นี้มีทั้งหมด 26 ข้อเพื่อวัดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดังต่อไปนี้ของท่าน ณ ปัจจุบันและเปรียบเทียบก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดดังต่อไปนี้

ระดับความพยายามในการปฏิบัติในปัจจุบัน

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ

ระดับ 2 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ เล็กน้อย

ระดับ 3 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ ปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ มาก

ระดับ 5 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ มากที่สุด

เปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

น้อยลง หมายถึงความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ ลดน้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

คงเดิม หมายถึง ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

มากขึ้น หมายถึงความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

การดูแลตนเอง	ระดับความพยายามในการปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน					เปรียบเทียบกับ ก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล		
	1	2	3	4	5	น้อยลง	คงเดิม	มากขึ้น
1. รับประทานอาหารเป็นเวลา								
2. รับประทานอาหารเพียงพอ								
3. ดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ								
4. ได้รับอากาศบริสุทธิ์								
5. ขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระปกติ								
6. นอนหลับอย่างเพียงพอ								
7. มีเวลาพักผ่อน								
8. การออกกำลังกาย								

แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (ต่อ)

การดูแลตนเอง	ระดับความพยายามในการปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน					เปรียบเทียบกับ ก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล		
	1	2	3	4	5	น้อยลง	คงเดิม	มากขึ้น
9. มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ทำบุญตักบาต ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานปีใหม่ งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น								
10. ดูแลสุขภาพสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การแต่งกายให้สะอาด								
11. ตรวจร่างกายประจำปี เช่น ตรวจเลือด วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก								
12. ตรวจสอบสุขภาพฟันประจำปี								
13. มีเวลาเป็นส่วนตัว เช่น ไปเที่ยวต่างจังหวัด, ซ้อมปิ้งตามห้างสรรพสินค้า, ดูภาพยนตร์ เป็นต้น								
14. รับผิดชอบต่อหน้าที่งานประจำที่ปฏิบัติอยู่								
15. รักษาสัมพันธภาพในครอบครัว								
16. รักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน และคู่สมรส เป็นต้น								
17. มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว								
18. จัดการกับปัญหาในที่ทำงาน								
19. หาวิธีป้องกันหรือลดความเครียดจากการทำงาน								

แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (ต่อ)

การดูแลตนเอง	ระดับความพยายามในการปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน					เปรียบเทียบกับ ก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล		
	1	2	3	4	5	น้อยลง	คงเดิม	มากขึ้น
20. จัดการกับความเครียดหรือ ภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป								
21. ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมใน เรื่องที่ตนเองสนใจ								
22. ดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ไม่ให้เจ็บป่วย เช่น รับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น								
23. ดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทา อาการไม่สบายต่าง ๆ เช่น ยารักษาโรคประจำตัว, ยาแก้ ปวด เป็นต้น								
24. มีเวลาไปพบแพทย์เมื่อ เจ็บป่วย								
25. ปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ								
26. หาข้อมูลในการดูแลตนเอง และบุคคลในครอบครัวที่ เจ็บป่วยจากแหล่งต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ตัว บุคคล เป็นต้น								

แบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนที่ 3 นี้มีทั้งหมด 19 ข้อ เพื่อถามความต้องการความช่วยเหลือของท่านที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุดดังต่อไปนี้

ระดับความต้องการ 1 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความต้องการ

ระดับความต้องการ 2 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการน้อย

ระดับความต้องการ 3 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการปานกลาง

ระดับความต้องการ 4 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการมาก

ระดับความต้องการ 5 หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการมากที่สุด

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบระดับความต้องการตั้งแต่ระดับความต้องการ 3 ขึ้นไป โปรดระบุเหตุผลของความต้องการดังกล่าวในช่องระบุเหตุผล

ความต้องการ	ระดับความต้องการ					เหตุผล
	1	2	3	4	5	
1. ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน / แหล่งประโยชน์ ที่ให้บริการในการดูแลและให้ความช่วยเหลือ ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ทั้ง ที่เสียเงิน, ไม่เสียเงิน)						
2. ข้อมูล / แนวทางช่วยเหลือในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของบุคคลในครอบครัวที่ เจ็บป่วย						
3. ฝึกทักษะในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่ เจ็บป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อนเช่น การทำ แผล การฉีดยา เป็นต้น						
4. การช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น						
5. ทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยความผิดปกติ ทางด้านความคิดและสติปัญญา เช่น ภาวะ ซึมเศร้า อาการหลงลืม เป็นต้น						
6. การเยี่ยมบ้านจากจากแพทย์ พยาบาล						

แบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (ต่อ)

ความต้องการ	ระดับความต้องการ					เหตุผล
	1	2	3	4	5	
7. การบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัด						
8. ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรค						
9. การบริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากบุคลากรทางการแพทย์						
10. ความช่วยเหลือในการดูแลรักษาความสะอาดภายในบ้านจากผู้อื่นจากญาติ, ช่างบุคคลอื่น						
11. ความช่วยเหลือด้านการเงิน						
12. ความช่วยเหลือหรือการบริการด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น รถเข็น, เตียงลม เป็นต้น						
13. ความช่วยเหลือในการเดินทางมาพบแพทย์						
14. ความสะดวกในการนัดหมายกับแพทย์						
15. ทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่ทำให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย						
16. ทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างเพื่อนร่วมงานจากการให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย						
17. ความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลรอง โดยผู้อื่นมาทำกิจกรรมการดูแลแทน						
18. ความยืดหยุ่นของเวลาเข้าและเลิกงาน						
19. ความเข้าใจ / เห็นใจ จากสังคม, คนรอบข้าง และเพื่อนร่วมงาน						

คำถาม นอกเหนือจากข้อความข้างต้นนี้ ท่านในฐานะที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน มีความต้องการความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ อีกหรือไม่ โปรดระบุความต้องการความช่วยเหลือนั้น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว พารุณี เกตุกราย

สถานที่วิจัย โรงเรียนมัธยม ในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 และ เขต 2 กระทรวงศึกษาธิการ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ชื่อ/นามสกุล นางสาวพารุณี เกตุกราย

ที่อยู่ 249/9 ม.2 ซ.พุทธบูชา 46 แขวงบางมด เขตทุ่งครุ จ.กรุงเทพฯ 10140
โทรศัพท์ 0-1845-1931

E-mail address: g4536557@student.mahidol.ac.th

ชื่อ/นามสกุล รศ.ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

ที่อยู่ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2201- 2343

ชื่อ/นามสกุล ดร.สุปรีดา มั่นคง

ที่อยู่ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2201- 1510

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

ในปัจจุบันนี้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น จำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติคอยให้การดูแลช่วยเหลือจำเป็นที่จะต้องตัดสินใจในการดูแลช่วยเหลือและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ซึ่งญาติผู้ดูแลเหล่านั้นอาจมีหน้าที่การงานที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ อาจทำให้เกิดเป็นภาวะการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ส่งผลต่อการดูแลตนเองของญาติ

ผู้ดูแลเหล่านั้นซึ่งอาจเป็นผลดีหรือผลเสียต่อผู้ป่วยเรื้อรังแตกต่างกัน หากได้ทราบรายละเอียดเหล่านี้ชัดเจน จะช่วยให้สามารถแนะนำญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ข้อมูลบางส่วนสามารถทำให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลได้รับทราบถึงภาระต่าง ๆ และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อศึกษาภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
- 1.2. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
- 1.3. เพื่อศึกษาความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน
- 1.4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามลำดับแบบสอบถามได้แก่ แบบวัดภาระการดูแล แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน แบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที
2. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ในรายชื่อที่มีระดับความต้องการ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบุถึงเหตุผลของความต้องการดังกล่าวเป็นอย่างไร โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

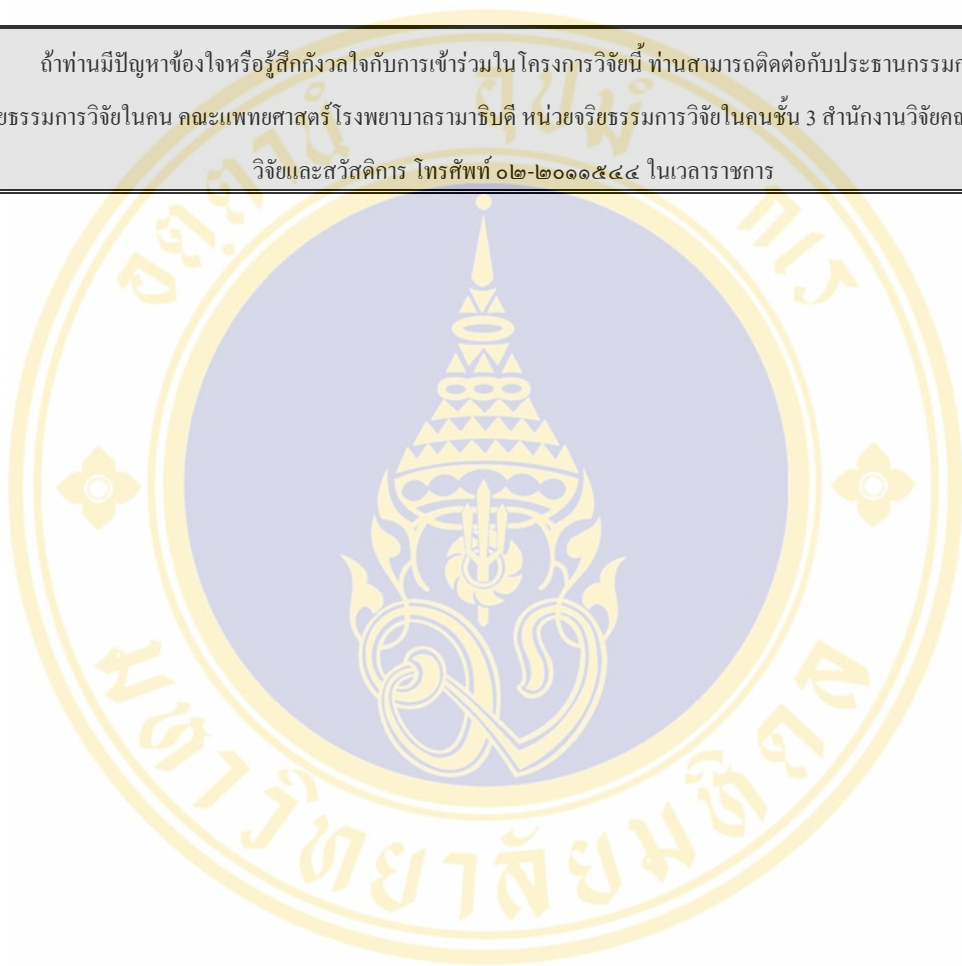
ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถทำให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ได้รับทราบถึงภาระในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้บริหารและผู้ร่วมงานเข้าใจญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านมากขึ้น สามารถเป็นข้อมูลให้องค์กรในการกำหนดนโยบายเชิงสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพให้กับครูอาจารย์ที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านได้

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมดจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย ทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้ที่จะสามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้ นอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน ชั้น 3 สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑๑๕๔๔ ในเวลาราชการ



ภาคผนวก ค



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลคลินิครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความ
ต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพารุณี เกตุกราย

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
บีบบังคับจูงใจและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อขัดแย้ง และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดบีบบังคับจูงใจ

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

**แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และ
ความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน

วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และ
ความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัย
นี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าที่จะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้
ทราบโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน ใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอมคนที่ 1 (ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน)

ลงนาม.....ผู้ยินยอมคนที่ 2 (บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย)

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยคนที่ 2 (บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย) ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ จะต้องได้รับการยินยอมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ และระบุข้อความไว้ตามที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอมคนที่ 2 (บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย)

(หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือ)

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยคนที่ 2 (บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยคนที่ 2 (บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย) ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (เช่น กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยอยู่ในภาวะหมดสติ) ให้ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายหรือผู้ปกครอง หรือญาติที่ใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ลงนามยินยอม

ลงนาม.....ผู้แทน/ ผู้ปกครอง/ ญาติ

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา

วท.ม.(พยาบาล) ค.ม.(พยาบาลศึกษา) พย.ค.

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จริยา วิริยะสุทร

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) วท.ม.(พยาบาล) พย.ค.

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) ค.ม.(บริหารการพยาบาล)

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) ค.ม.(บริหารการพยาบาล) Ph.D.(Nursing)

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ศุภกร วงศ์วัชรกุล

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) วท.ม.(Neuroscience) M.S. (Nursing),

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพารุณี เกตุกราย
วัน เดือน ปีเกิด	18 กุมภาพันธ์ 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2535-2539: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2545-2550: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ตำแหน่ง	พ.ศ. 2539 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่	ที่ทำงาน: หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SIC) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2201-1555 ที่บ้าน: 72 พุทธบูชา 46 บางมด ทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140 โทรศัพท์ 0-2426-3338 E-mail: parunee@hotmail.com