



21 ส.ย. 2537

วิทยานิพนธ์
เรื่อง

แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาท
ของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล
A Causal Model of Caregiver Role Stress among Wives
of Chronically Ill Patients

ฉบับนี้เป็นการ

จาก

ศาสตราจารย์ ดร. อ. ม. น. น. น.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา

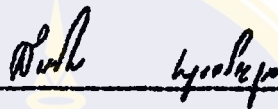
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2536

วิทยานิพนธ์
เรื่อง

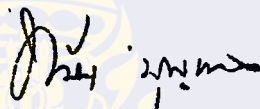
แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล



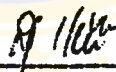
สายพิมพ์ เกษมกิจวัฒนา
ผู้วิจัย



สมจิต หนูเจริญกุล, ท.บ., M.S., Ph.D
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



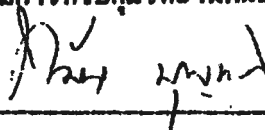
ทัศนีย์ นุชทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, ท.บ., M.S., D.N.S.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ธวัชชัย วรพงศ์ธร, ท.บ., M.A., Ph.D.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์





มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

ทัศนีย์ นุชทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

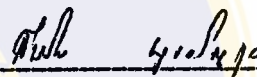
วิทยานิพนธ์
เรื่อง

แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ในฐานะผู้ดูแล

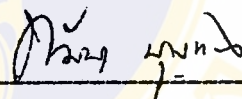
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
วันที่ 21 มีนาคม 2537



สายฝน เกษมกิจวัฒนา
ผู้วิจัย



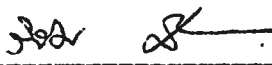
สมจิต ทนเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



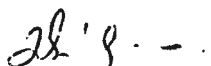
ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, วท.บ., M.S., D.N.S.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



วิจิตร ศรีสุนทร, วท.บ., M.P.H., DR.R.H
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

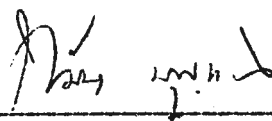


มนตร์ จุลสมัย, พ.บ., Ph.D
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ธวัชชัย วรพงศ์ธร, วท.บ., M.A., Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.
คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว สายพิน เกษมกิจวัฒนา
สถานที่เกิด จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2511-2514
อนุปริญาพบาลและพดุงครรภ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ.2517-2518
ครุศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2521-2523
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)
ทุนการวิจัย โครงการร่วมผลิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ.2514-2516 : คัลยกรรมหญิง 1
แผนกคัลยศาสตร์และคัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลศิริราช
ตำแหน่ง : พบาลประจำการ
พ.ศ.2517-ปัจจุบัน : ภาควิชการพยาบาลคัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
ตำแหน่ง : ผู้ช่วยศาสตราจารย์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล รองศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย วรพงษ์ธร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้แนวคิด คำแนะนำ ความเข้าใจ และกำลังใจ ซึ่งมีค่าอย่างยิ่งในการสร้างพลังทางความคิดแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะไม่สามารถดำเนินการได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี ประสาท พระมงกุฎเกล้า จุฬาลงกรณ์ และวชิระพยาบาล ในการอนุญาตให้เก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่พยาบาลตึกผู้ป่วยนอกที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และที่จะลืมมิได้เลย คือ ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังให้โอกาสและสละเวลาในการให้สัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ดำเนินไปด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ และ รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ใหญ่ระนันท์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ ที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาในระดับปริญญาเอก ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และปลูกฝังความรักในวิชาชีพ

ท้ายสุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ผู้ให้สติปัญญา ปลูกฝังการใฝ่รู้ และความพากเพียรในการศึกษา ให้ความรัก เอื้ออาทร ห่วงใย และให้การสนับสนุนอย่างดียิ่ง จะหาใครเสมอเหมือนมิได้ ขอขอบพระคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

สาบพิณ เกษมกิจวัฒนา

ชื่อวิทยานิพนธ์ แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล

ผู้วิจัย สายพิน เกษมกิจวัฒนา

ปริญญา พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สมจิต หนูเจริญกุล Ph.D.

ทัศน บุญทอง Ed.D.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ D.N.S.

ธวัชชัย วรพงศ์ธร Ph.D.

วันที่สำเร็จการศึกษา วันที่ 21 มีนาคม 2537

บทคัดย่อ

การที่ภรรยารับการะในการดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง นับเป็นภาระหนัก ซึ่งจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้ตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียด อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพของภรรยาและคุณภาพของชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง การเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของภรรยา ระหว่างดูแลสามี จะเป็นพื้นฐานสำคัญนำไปสู่ การพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมศักยภาพของภรรยาในการดูแลสามี การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุ ภายใตกรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอบซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเศรษฐกิจฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรค หลอดเลือดในสมอง สมองและไขสันหลัง ได้รับบาดเจ็บ และพาร์กินสัน ที่มารับการรักษาที่ คลินิกประสาท ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง จำนวน 104 ราย การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ครั้งแรก เก็บข้อมูล เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

ผลการวิจัย พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .27, p < .001$; $\beta = .45, p < .001$ ตามลำดับ) และร่วมทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 27 แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบ ($\beta = -.20, p < .05$) ความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวก ($\beta = .29, p < .01$) กับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่า และช่วยทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่าได้ร้อยละ 14 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบ ($\beta = -.20, p < .05$ และ $\beta = -.20, p < .05$ ตามลำดับ) ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวก ($\beta = .24, p < .01$) กับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด และทั้งหมดร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียดได้ร้อยละ 12 แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ($\beta = .22, p < .05$; $\beta = .40, p < .001$ ตามลำดับ) และร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ได้ร้อยละ 19 การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่า และเป็นความเครียด มีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ($\beta = .44, p < .001$; $\beta = .39, p < .001$ ตามลำดับ) และร่วมทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19 นอกจากนี้ เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลทางอ้อมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่า เป็นความเครียด และมีผลดี ผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลทางอ้อมต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแล เป็นความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล มีผลทางอ้อมต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแล คุ้มค่า และเป็นความเครียด ผลการวิจัยสนับสนุนข้อความเชิงทฤษฎีของแบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นเป็นส่วนใหญ่ และให้ความรู้ที่ขยายแนวคิดของบทบาทในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมรริยาให้มีศักยภาพในการดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการระบบของการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงควรพัฒนาความสามารถและความรับผิดชอบในการให้บริการเพื่อทำงานประสานกับบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแล

Thesis Title A Causal Model of Caregiver Role Stress in Wives
of Chronically Ill Patients.

Name Saipin Gasemgitvatana

Degree Doctor of Nursing Science

Thesis Supervisor Committee

Somchit Hanucharurnkul, Ph.D.

Tasana Boontong, Ed.D.

Suchitra Laungamornlert, D.N.S.

Thavatchai Vorapongsathorn, Ph.D.

Date of Graduation 21 March B.E. 2537 (1994)

Abstract

Wives caring for their chronically ill husbands are continually under a heavy burden. They frequently manifest chronic stress which causes their own health to deteriorate and has a negative effect on their husband's quality of life. An understanding of the factors causing stress in wives is needed to develop an effective health care service and to enhance the role of wives who are potential caregivers. Thus, the purpose of this study was to test a model, based on the Roy Adaptation Model framework, describing the causal relationships among socioeconomic factors, past marital relationship, social support, caregiving demand, caregiving appraisal and caregiving role stress.

One hundred and four cases of wives caring for husbands' with the diagnosed of stroke, brain and spinal cord injuries and Parkinson's disease were obtained from outpatient neuroclinics in six hospitals in Bangkok. Data were collected from interviews or questionnaires two times in a month. At first, data on socioeconomic factors, past marital relationship, social support, caregiving demand and caregiving

appraisal were collected. One month later, caregiving role stress data were collected. Data were analyzed by using path analysis.

Results indicated that socioeconomic factors and past marital relationship had a direct positive effect on social support ($\beta = .27$, $p < .002$, $\beta = .45$, $p < .001$, respectively) and explained 27% of variance. Social support had a direct negative effect ($\beta = -.20$, $p < .05$) and caregiving demand had a direct positive effect ($\beta = .29$, $p < .01$) on threat appraisal, and explained 14% of variance. Past marital relationship and social support had a direct negative effect ($\beta = -.20$, $p < .05$; $\beta = -.20$, $p < .05$ respectively) caregiving demand had a direct positive effect ($\beta = .24$, $p < .01$) on stress appraisal, and explained 12% of variance. Social support and caregiving demand had a direct positive effect on benefit appraisal ($\beta = .22$, $p < .05$; $\beta = .40$, $p < .001$ respectively) and explained 19% of variance. Threat and stress appraisal had a direct positive effect on caregiver role stress ($\beta = .44$, $p < .001$; $\beta = .39$, $p < .001$ respectively), and explained 19% of variance. In addition, socioeconomic factors and past marital relationship had an indirect effect on threat, stress, and benefit appraisal through social support. Past marital relationship had an indirect effect on caregiving role stress through stress appraisal. Social support and caregiving demand had an indirect effect on caregiver role stress through threat and stress appraisal. The results supported the majority of propositions of the model and extended knowledge about role concept in the role function mode of the Roy Adaptation Model.

Findings suggest that to enhance the role of wives who are potential caregivers requires an effective nursing care system. Nurse should exercise and develop capabilities and accountabilities to work in collaborations with other health care personnels to improve both patients' and caregivers' quality of life.

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิดของการวิจัย	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	15
สมมุติฐานการวิจัย	15
นิยามตัวแปร	16
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	
แรงสนับสนุนทางสังคม	19
ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจทางสังคมและสัมพันธภาพ	
ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับแรงสนับสนุนทางสังคม	25
การประ เมีนสถานการณ์ของการดูแล	26
ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจทางสังคมและความต้องการ	
ในการดูแลกับการประ เมีนสถานการณ์ของการดูแล	29
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	30
ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจทางสังคมและความต้องการ	
ในการดูแลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	36
ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด	
ในบทบาทของผู้ดูแล	36
ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลกับความเครียด	
ในบทบาทของผู้ดูแล	40
ความสัมพันธ์ระหว่างการประ เมีนสถานการณ์ของการดูแล	
กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย
	ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
	เครื่องมือในการวิจัย
	การเก็บรวบรวมข้อมูล
	การวิเคราะห์ข้อมูล
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล
	ผลการวิจัย
	ผลการทดสอบสมมติฐาน
	การอภิปรายผล
	ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิธีการวิจัย
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
	สรุปผลการวิจัย
	ข้อเสนอแนะ
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	
ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ข	การอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมวิจัย
ค	ข้อมูลพื้นฐาน
ง	แบบวัดความต้องการในการดูแล
จ	แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
ฉ	แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
ช	แบบประเมินสถานการณ์ของการดูแล
ซ	แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
ฅ	การคำนวณเส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	59
2	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ดูแล	62
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้านโดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ	64
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุน ทางสังคม ทั้ง 5 ด้านโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียวแบบวัดซ้ำ	65
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความต้องการ ในการดูแลทั้ง 3 ด้านโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียวแบบวัดซ้ำ	67
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการประเมิน สถานการณ์ของการดูแลทั้ง 3 ด้านโดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ	69
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ในบทบาทของผู้ดูแลทั้ง 3 ด้านโดยการวิเคราะห์ความ แปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ	70
8	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรในแบบจำลอง	72
9	การทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโดย การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน	74
10	การทำนายความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังโดยการ วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน	74
11	การทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพของ ภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับ ขั้นตอน	76
12	การทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความ เครียดของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอย พหุแบบลำดับขั้นตอน	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	การทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีของ ภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับ ขั้นตอน	80
14	การทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของภรรยาผู้ป่วย เรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน	81
15	จำแนกอิทธิพลของตัวแปรต่อตัวแปรที่เกี่ยวข้องในแบบจำลอง เชิงสาเหตุ	85
ก.	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง และข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง	145
ข.	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	146

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคจะดำเนินไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด และไม่สามารถทำนายได้ ผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตเนื่องจากโรคกำเริบเป็นครั้งคราว (Stoll, 1989) ด้วยพยาธิสภาพของโรคทำให้สมรรถภาพการทำงานที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องลดลง ผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องดำเนินชีวิตอยู่อย่างจำกัด จำเป็นต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรค อีกทั้งยังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไฮน์-มาร์ติน (Hine-Martin, 1992) กล่าวว่า ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ ทำให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มาก ในขณะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเรื้อรังจึงทวีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นนี้ มีน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ที่เหลือมากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ และต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน ดังนั้นจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีก 50 ปีข้างหน้า (Hileman et al, 1992) สำหรับผู้ที่แต่งงานแล้ว บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง คือ คู่สมรสของผู้ป่วย (Johnson, 1985; Given et al, 1990 ; Robinson, 1990 b) และคู่สมรสส่วนใหญ่ที่รับหน้าที่ในการดูแลจะเป็นภรรยา (Engle, 1986; Beckham & Giardona, 1986; Kuhlman et al, 1991; Musoff, 1991)

การที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่ถาวร จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ในบทบาทของผู้ดูแล และปรับบทบาทที่มีอยู่เดิมให้เหมาะสม เพื่อที่จะทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ที่รับผิดชอบทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากการเตรียมการเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลไม่เพียงพอ จะเป็นที่มาของความคลุมเครือในบทบาทและเป็นสาเหตุของความเครียด (Biddle 1979; Vansell et al, 1981; Joos et al, 1985) บทบาทของผู้ดูแลเป็นการเพิ่มภาระให้กับภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังนอกเหนือจากบทบาทที่มีอยู่แล้วตามปกติ ซึ่งนับว่าเป็นภาระหนัก ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาไปกับการดูแลสามีอย่างใกล้ชิดในระยะที่โรคกำเริบ นอกจากนี้ยังต้องให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันซึ่งจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

และยาวนานผนวกเข้ากับการรับภาระในส่วนที่สามีเคยทำได้เองก่อนเจ็บป่วยเป็นสาเหตุให้ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังมีการและความรับผิดชอบมากมายในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของตนเองเป็นอย่างมาก ทั้งด้าน การบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภาระกิจในสังคม การมีอิสระ และเวลาเป็นส่วนตัว (Robinson, 1990 b; Hoyert & Seltzer 1992; Periard & Ames, 1993) รวมทั้งฐานะการเงิน (Jensen & Given, 1991) กิจวัตรประจำวันจะเต็มไปด้วยความรีบเร่ง อันเป็นที่มาของความเหนื่อยล้า และมีความเครียด (Given et al, 1988; Bochachick & Anton, 1990)

การดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เวลาและพลังงานที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีแนวโน้มจะขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ ได้แก่ การเป็นสมาชิกของครอบครัว งานอาชีพและสังคม (Goldstein et al, 1981) ความขัดแย้งในบทบาทเป็นสาเหตุของความเครียดได้เช่นกัน (Stanley & Frantz, 1985; Sheehan & Nuttal, 1988; Catanzaro, 1990) ด้วยเหตุนี้ ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรัง จึงต้องลดบทบาทบางอย่างลง เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ความพยายามที่จะลดความเครียดจากแหล่งหนึ่ง แต่จะเกิดความเครียดจากแหล่งอื่นตามมา ด้วยว่า ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะจำกัดกิจกรรมลงเฉพาะในบ้าน เวลาส่วนใหญ่มักจะหมดไปกับกิจวัตรประจำวันและการดูแลสามี เป็นเหตุให้สูญเสียบทบาททางสังคม การติดต่อกับผู้อื่น จะอยู่ภายในสมาชิกครอบครัว ลดโอกาสที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ชีวิตที่มีความหลากหลาย และแปลกใหม่บ้าง จึงเป็นสาเหตุของความเครียดได้อีกแหล่งหนึ่ง (Pallet, 1990)

จะเห็นได้ว่า ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังต้องประสบกับปัญหาในการดำรงบทบาทรอบด้านจึงตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่สะสมยาวนาน ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดเรื้อรัง (Oberst et al, 1989; DeRosier et al, 1992) มีความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก เหนื่อยหน่าย เหนื่อยล้าเรื้อรัง และซึมเศร้า (Given et al, 1988) ความพึงพอใจในชีวิตต่ำ (Sexton & Munro, 1985; Brillhart, 1988) อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง (Baines & Oglesby, 1992 ; Schulz et al, 1992; Ade-Ridder & Kaplan, 1993) และส่งผลกระทบต่อความผาสุก การมีชีวิตยืนยาว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังอีกด้วย (Carey et al, 1991)

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จึงสมควรได้รับความสนใจ ซึ่งการวิจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทยังมีน้อยมาก (Woods, 1991) ความเครียดในบทบาทนี้เป็นแนวคิดของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในทฤษฎีการปรับตัวของรอย รอย (Roy, 1984) กล่าวว่าการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

เป็นความจำเป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการปรับตัว การรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือได้ว่า ภาระเป็นแหล่งประโยชน์บุคคลที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นการส่งเสริมแหล่งประโยชน์บุคคลให้ทำหน้าที่ของผู้ดูแลได้อย่างเต็มศักยภาพ จึงมีคุณค่าต่อการพยาบาล การที่จะบรรลุผลดังกล่าว จำเป็นต้องศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในแนวคิดของทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่า บุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เครียด เช่น ภาระของผู้ป่วยเรื้อรัง จะมีการประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม สูญเสีย หรือ ทำลาย การประเมินสถานการณ์นี้มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัว ได้แก่ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม (Montgomery et al, 1985; Oberst et al, 1989; Bull, 1990b; coyne & Smith, 1991) แรงสนับสนุนทางสังคม (Baillie et al, 1986; scott et al, 1986) ความต้องการในการดูแล (Oberst et al, 1989; Carey et al, 1991) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย (Coyne & Smith, 1991; Robinson, 1990b; Coyne & Delongis, 1986) และเศรษฐานะทางสังคม (Montgomery et al, 1985; Bull, 1990) อย่างไรก็ตาม อิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ยังไม่มีรายงานการศึกษาในประเทศไทย เท่าที่มีในรายงานจากต่างประเทศ (Given & Given, 1991; Kuhlman et al, 1991) เป็นการศึกษาความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย คู่สมรส ภรรยา บุตรธิดา นิตามารดา และญาติพี่น้อง จึงยังไม่ได้คำตอบที่จำเพาะในกลุ่มภรรยาที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทโดยตรง นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างในด้านชนบทเมือง ประเพณี และค่านิยมทางสังคม จึงมีความจำกัดในการอ้างอิงมายังประชากรคนไทย ด้วยเหตุนี้จึงเป็นมูลเหตุให้ผู้วิจัยสนใจสร้างแบบจำลองแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเศรษฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ภายใตกรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984; Andrew & Roy, 1991) แบบจำลองที่สร้างขึ้นเพื่อทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลนี้ หากได้รับการทดสอบความถูกต้องด้วยการวิจัย จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมภรรยาให้มีศักยภาพในการดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

การศึกษานี้มีประเด็นคำถามที่สำคัญ ซึ่งต้องการคำตอบดังนี้

1. เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงต่อแรงสนับสนุนทางสังคมหรือไม่?
2. เศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อความต้องการในการดูแลหรือไม่?
3. เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดีหรือไม่?
4. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี มีผลโดยตรงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลหรือไม่?

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทดสอบแบบจำลองแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Robert, 1981; Roy, 1984; Andrew & Roy, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยที่บุคคลมีระบบการปรับตัว ประกอบด้วย ปัจจัยการปรับตัว (input) กระบวนการคิดรู้ (cognator process) และผลลัพธ์ของการปรับตัว (output) ร่วมกับการสังเคราะห์แนวคิดของการประเมินสถานการณ์ (cognitive appraisal) ในทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Cohen, 1983; Lazarus & Folkman, 1984) เข้ากับกระบวนการคิดรู้ในทฤษฎีการปรับตัวของรอย จากกรอบแนวคิดของทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างแบบจำลองแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรชุดหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย ชุดของสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัว คือ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ได้แก่ สิ่งเร้าร่วม คือ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม และสิ่งเร้าตรง ได้แก่ ความต้องการในการดูแล สิ่งเร้าทั้งหมดนี้ จะเป็นอิทธิพลรวม (pooled effects) ที่ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวในบทบาทของผู้

ดูแล ผ่านกระบวนการคิดรู้ด้วยการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพ ความเครียด และ มีผลดี (ดังแสดงในรูปที่ 1)

รอยและคณะ (Roy, 1984; Andrew & Roy, 1991) เสนอว่า บุคคลมีระบบ การปรับตัวประกอบด้วย บำบัดการปรับตัว กระบวนการคิดรู้ และผลลัพธ์ของการปรับตัว สิ่งเร้า เป็นปัจจัยการปรับตัวที่มีอิทธิพลต่อ กระบวนการคิดรู้ และส่งผลลัพธ์ต่อการปรับตัว ระบบการปรับตัวนี้จะเป็นพื้นฐานของการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีรภาพ อารมณ์-จิตใจ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

เมื่อพิจารณาถึงการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ รอย (Roy, 1984) กล่าวว่า การแสดงบทบาทใด ๆ เป็นการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคม ซึ่งจะเป็นไปตามความคาดหวังในบทบาท อันหมายถึง สิทธิและหน้าที่ของผู้ดำรงบทบาทนั้นถึงปฏิบัติ (Joos et al, 1985) ขึ้นกับค่านิยม วัฒนธรรม บทบาททางสังคม ประสบการณ์ การเรียนรู้ และความต้องการของบุคคลเอง (Temple & Fawdry, 1992) ความคาดหวังในบทบาทจะเป็นตัวชี้แนะให้บุคคลรู้ว่า ควรจะแสดงออกอย่างไรในบทบาทนั้น (Andrew & Roy, 1991) บทบาทจำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทในแต่ละช่วงวัย เช่น เด็กชายวัย 6 ขวบ หญิงสาววัย 25 ปี 2) บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตและพฤติกรรมในสังคม แต่ละบุคคลจะมีได้หลายบทบาท และมักเป็นบทบาทถาวร เช่น บทบาทของการเป็นแม่ ภรรยา งานอาชีพ เป็นต้น 3) บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลเลือกสรรตามความสนใจ เพื่อเสริมบทบาทปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ (Roy, 1984) จะเห็นได้ว่า แต่ละบุคคล จะดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ในผู้หญิงจะมีบทบาทที่สำคัญ คือ แม่บ้าน และบทบาททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ เพื่อน ญาติ และอาชีพ (Tulman & Fawcett, 1990) ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเหล่านี้อยู่ที่การมีหน้าที่และความรับผิดชอบแตกต่างกัน การแสดงบทบาทหนึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อบทบาทอื่นๆ และความสำคัญในแต่ละบทบาทไม่เท่าเทียมกัน ขึ้นกับการให้ความหมายของบุคคล ดังนั้น บุคคลจำเป็นต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจน และเพียงพอต่อการเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้เกี่ยวข้อง อันจะนำมาซึ่งการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบทบาท ซึ่งหมายถึง การมีพฤติกรรมเป็นส่วนของการกระทำ (instrumental behavior) และการแสดงออกถึงความรู้สึก (expressive behavior) จะเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม (Roy, 1984) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิต สังคม หรือสิ่งแวดล้อม อาจทำให้บุคคลต้อง 1) เข้ารับบทบาทชั่วคราว เช่น การเป็นผู้ป่วยเจ็บป่วย 2) ได้รับบทบาทใหม่ซึ่ง

เป็นบทบาทถาวร เช่น การเป็น แม่ ภรรยา ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 3) การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่ดำรงอยู่เดิม เช่น การเป็น หน้าย หย่าร้าง ออกจากงาน (Roy, 1984) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัว ดังเช่น ภรรยาที่รับบทบาทของผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแลนี้ จะได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบของสิ่งเร้า 4 ส่วนด้วยกัน ได้แก่ การได้รับความร่วมมือ (cooperation / collaboration) สิ่งอำนวยความสะดวก (access to facilities) รางวัลจากการแสดงบทบาท (reward) และคุณภาพ (consumer)

แรงสนับสนุนทางสังคม

สิ่งเร้าแรกที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแลคือ การได้รับความร่วมมือซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับความช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมบทบาทที่ดำรงอยู่ (Roy, 1984) การได้รับความร่วมมือนี้ จะเป็นสิ่งเร้าร่วม ซึ่งหมายถึง ปัจจัยในสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการปรับตัว (Andrew & Roy, 1991) ในบทบาทของผู้ดูแล จึงสอดคล้องกับแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ว่า เป็นแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการกับความเครียด (McHoffie, 1992) ในบทบาทของผู้ดูแล

แรงสนับสนุนทางสังคม มีองค์ประกอบหลายมิติ ประกอบด้วย โครงสร้าง การทำหน้าที่ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Gibson, 1992) ในส่วนของโครงสร้าง ลินและคณะ (Lin et al, 1986) เสนอว่า เครือข่ายทางสังคมที่ดีที่สุดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังคือ คนที่ไว้วางใจ กลุ่มเพื่อน และชุมชน ได้แก่ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน บุคลากรสุขภาพ กลุ่มสนับสนุน และองค์กรต่าง ๆ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ 1) การได้รับความรักและผูกพัน 2) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 3) การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) การได้รับการยืนยันความมีคุณค่าในตนเอง และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (Brandt & Weinert, 1981) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเครือข่ายทางสังคม จะเป็นพลวัต มีทั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับไปพร้อม ๆ กันรวมถึงความพึงพอใจร่วมกันด้วย เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยและเครือข่ายทางสังคม

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย

สิ่งเร้าด้านรางวัลจากการแสดงบทบาท ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล จะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่บทบาท ดังเช่น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เนื่องจากความรักใคร่ผูกพัน ฉันทาสามีภรรยา ทำให้ภรรยามีความห่วงใยและเอื้ออาทรต่อสุขภาพของสามีในระหว่างเจ็บป่วย ดังนั้น รางวัลที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะได้รับจากการดูแล คือ การที่สุขภาพของสามีดีขึ้น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจึงสะท้อนถึงรางวัลที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะได้รับจากการดูแลสามี ซึ่งจะเป็นสิ่งเร้าร่วม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวในบทบาท (Roy, 1984) ของผู้ดูแล

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Eaton, 1978) การตัดสินใจคุณภาพของชีวิตที่สำคัญคือ การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสโดยเฉพาะ ความผูกพัน อันนำมาซึ่งความสุข (Gove et al, 1983) ผู้หญิงที่ไม่ได้รับความรักใคร่ผูกพันจากสามี จะมีความสุขน้อยกว่าหญิงที่ไม่แต่งงาน (Heller et al, 1986) และความผูกพันที่ได้รับจากผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ พี่น้อง และเพื่อน จะไม่สามารถทดแทนกันได้ (Leiberman, 1986) สามีจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ พบว่า ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Coyne & Delongis, 1986) ในทำนองเดียวกัน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยจะส่งผลถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ภรรยาจะได้รับในระหว่างดูแลสามี เนื่องจากความผูกพัน เป็นการสื่อความรู้สึกด้วยใจซึ่งจะคงอยู่อย่างต่อเนื่องและสามารถทำนายสัมพันธภาพในปัจจุบันได้ พบว่า การปรับตัวของคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีต่อกัน อาจทำให้ภรรยาได้รับความรักใคร่ผูกพันจากสามีจึงไม่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น (Robinson, 1990b) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยอาจจะมีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม

เศรษฐฐานะทางสังคม

สิ่งเร้าที่อำนวยความสะดวก หมายถึง วัตถุ สิ่งของ หรือเครื่องมือที่เอื้อต่อการแสดงบทบาท (Andrew & Roy, 1991) ของผู้ดูแล ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคมโดยจะส่งเสริมการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสิ่งเร้าร่วมเช่นกัน

เศรษฐฐานะทางสังคม อาจจะมีอิทธิพลต่อแบบแผนและปริมาณการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมสูง จะได้รับความช่วยเหลือจากเครือ

ถ่ายทอดสังคมสูงอย่างต่อเนื่อง (Clipp & George, 1990) นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่มีพื้นฐานทางสังคมปานกลาง มีแนวโน้มจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ (Norbeck, 1981; Sarason et al, 1987; Wood et al, 1989) ดังนั้น เศรษฐฐานะทางสังคม จึงอาจจะมีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งเศรษฐฐานะทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมนี้จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความต้องการในการดูแล

ความต้องการในการดูแล

ท้ายสุดสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล คือ คู่บทบาท รอบ (Roy, 1984) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาท อยู่ที่ว่า คู่บทบาท เป็นใคร และความคาดหวังในบทบาทนั้น คืออะไร ซึ่งจะชี้นำการมีพฤติกรรมด้านการกระทำ และการแสดงออกถึงความรู้สึกที่เหมาะสม สิ่งเร้าด้านคู่บทบาทนี้ จึงเป็นความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง อันหมายถึง ความต้องการในการดูแลตนเอง เนื่องจากสะท้อนให้เห็นว่า จะต้องทำอะไรให้กับสามีบ้างในฐานะที่เป็นผู้ดูแล ความต้องการในการดูแลนี้ จะเป็นสิ่งเร้าตรงเนื่องจาก เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญทันที และเป็นเหตุให้มีการสนองตอบโดยการปรับตัว (Roy, 1984) ปัจจัยด้านความต้องการในการดูแลนี้ ต้องการองค์ประกอบด้านเศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเอื้อต่อการดำรงบทบาทของผู้ดูแลได้ง่ายขึ้น

เศรษฐฐานะทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรงต่อความต้องการในการดูแล เนื่องจากผู้ที่มีฐานะดี จะสามารถซื้อบริการเพื่อแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย สามารถซื้ออุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และงานภายในบ้าน นอกจากนี้ยังสามารถลาออกจากงานได้โดยไม่ต้องครีون ถ้าความรับผิดชอบในครอบครัว หนักเกินไป (Bulle, 1982) ดังนั้นเศรษฐฐานะทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรงในทางลบกับความต้องการในการดูแล

แรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรงต่อความต้องการในการดูแล ด้วยว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องการความรู้และทักษะที่ไม่สามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ชีวิต จึงต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้คำแนะนำเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้คำแนะนำจะลดภาระจากการดูแลผู้ป่วย (Robinson, 1990a) และขนาดของเครือข่ายทางสังคมจะทำให้ภาระจากการดูแลน้อยลง (Bull, 1990) นอกจากนี้ ผู้ดูแล ยังต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือ ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อว่า ผู้ดูแล จะได้มีโอกาสนอกจากการดูแลผู้ป่วย และใช้เวลาไม่มากกับการท่องเที่ยวพักผ่อน ทำธุระ หรือ มีสังคมนอกบ้าน ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกเป็นภาระน้อยลง (Scott et al, 1986) เนื่องจากภาระ

ในการดูแล ประกอบด้วย ความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล (Oberst, 1991) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรงในทางลบกับความต้องการในการดูแล

องค์ประกอบของสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยการปรับตัวทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล จะเป็นอิทธิพลรวมที่ส่งผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล

ลาซารัสและคณะ (Lazarus & Cohen, 1983; Lazarus & Folkman, 1984) เสนอว่า การประเมินสถานการณ์เป็นการพิจารณาตัดสินความหมาย หรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญซึ่งเป็นกระบวนการประเมินความเป็นไปได้ของผลลัพธ์และความพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น ถือได้ว่าเป็นการทำหน้าที่ร่วมกันของสถานการณ์ ระบบความเชื่อ แบบแผนการคิด และสภาวะอารมณ์ของบุคคล การประเมินตัดสินนี้ เป็นการพิจารณาสถานการณ์ที่ประสพว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ และอย่างไร ในสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัว จะประเมินว่า คุกคาม เป็นความเครียด หรือมีผลดี (Oberst, 1991) การประเมินว่า คุกคามและเป็นความเครียด ต่างกันด้วยเวลา โดยที่คุกคาม เป็นการคาดเดาว่าสถานการณ์ของการดูแล จะมีผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคต ส่วนความเครียด เป็นการประเมินว่า ได้เกิดผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตขึ้นแล้ว

เศรษฐฐานะทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลด้วยว่าผู้มีฐานะดี และมีทักษะในการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ จะเพิ่มทางเลือกในการจัดการกับความเครียดได้ในเกือบทุกสถานการณ์ ซึ่งจะลดความรู้สึกลูกคุกคามลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะควบคุมสถานการณ์เพื่อดำรงสวัสดิภาพของตนไว้ได้ซึ่งมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี คุกคามน้อย หรือมีความเครียดน้อย ดังนั้นเศรษฐฐานะทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี และมีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียด

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย อาจจะมีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ด้วยเหตุที่การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ภรรยาจะมีความรักและเอื้ออาทรต่อสุขภาพสามี การรับหน้าที่ดูแลถือเป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก นับเป็นโอกาสที่จะได้ตอบแทนคุณความดีของสามี นอกจากนี้ ยังถือเป็นรางวัลในการให้ได้มาซึ่งสุขภาพของสามีที่ดีขึ้น

ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลไปในทางบวก กล่าวคือ มีผลดี คุณความน้อย และมีความเครียดน้อย (Lazarus & Folkman, 1984) ในทางตรงกันข้าม ถ้าคู่สมรสไม่พึงพอใจต่อกัน หรือมีความขัดแย้งกัน จะไม่มีความร่วมมือกันเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามสวัสดิภาพของทั้ง 2 ฝ่าย สิ่งที่เกิดขึ้นจึงเป็นการทำตามหน้าที่ และความจำเป็นมากกว่าที่จะทำด้วยใจ ประสพการณ์ของการดูแลจะเป็นความตึงเครียดมากกว่าความพึงพอใจ (Coyne & Smith, 1991) ซึ่งมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม เป็นความเครียดมากกว่ามีผลดี ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย อาจจะมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี และมีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียด

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล การที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และรับรู้ว่าคุณค่าในเครือข่ายทางสังคมพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และมีความพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับ การรับรู้จะเป็นสิ่งเร้าร่วมกันนำเข้าสู่ระบบบุคคล มีผลให้ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรัง ประเมินตนเองว่า มีคุณค่า มีคนรัก มีความสำคัญ และมีความสามารถ (Thoits, 1986) การประเมินเช่นนี้ จะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง (Norbeck, 1981; Sarason et al, 1983; Jacobson, 1986; Thoits, 1986; Heller et al, 1986; Feather & Wainstock, 1989) ประกอบกับการได้รับความช่วยเหลือโดยตรง ทำให้ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังมองสถานการณ์ของการดูแลมีความง่ายมากขึ้น เช่น การได้รับความช่วยเหลือด้านบริการหรือสิ่งของซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระและอาจช่วยให้บรรลุความรับผิดชอบในบทบาทต่าง ๆ ได้ หรือการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ซึ่งเป็นการสื่อสารความคิดเห็น และความเป็นจริงในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ช่วยให้การรับรู้สถานการณ์มีความชัดเจนขึ้น ลดความรู้สึกคลุมเคลือ (Mishel & Brody, 1989) และความรู้สึกหมดหนทาง (Higgin & Dichorry, 1991) นอกจากนี้ยังอาจได้รับแหล่งประโยชน์และทางเลือกใหม่ในการจัดการกับความเครียด (Heller et al, 1986) ดังนั้น การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผนวกกับความช่วยเหลือที่ได้รับ ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม หรือเป็นความเครียด แต่พอมีทางที่จะควบคุมให้ได้ผลลัพธ์ตามต้องการได้ (Norbeck, 1991; Hobfoll et al, 1991) กล่าวคือ สามารถที่จะดำรงสวัสดิภาพของตนเอง ความเชื่อนี้จะสื่อผ่าน กระบวนการคิดรู้ และประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี แต่มีความเครียด และคุกคามน้อย ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรง

ในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี และอาจจะมีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล คุกคาม และเป็นความเครียด

ผลของความต้องการในการดูแลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ด้วยว่า การที่บรรดาต้องรับบทบาทในการดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง การรับรู้ถึงความต้องการในการดูแล เป็นสิ่งเร้าตรงที่นำเข้าสู่ระบบบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในบทบาทของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลนี้ เป็นการเพิ่มภาระให้กับภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรัง เวลาและแรงงานที่ต้องการในการดูแลจะรบกวนกิจกรรมที่สัมพันธ์กับบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันซึ่งจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะรับรู้ว่าเป็นภาระ (Poulshock & Deimling, 1984; Montgomery et al, 1985; Pratt et al, 1985; Robinson, 1989; Bull, 1990; Stoller & Pugliesi, 1990) การรับรู้ว่าเป็นภาระจะสื่อผ่านกระบวนการคิดรู้และกลั่นกรองด้วยระบบความเชื่อทางคุณธรรมของแต่ละบุคคล คุณธรรมในผู้หนึ่งมีรากฐานจากความผูกพันซึ่งจะเชื่อมโยงกับมาตรฐานความสัมพันธ์และความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่ยึดถือเป็นประเพณีสืบต่อกันมา ความเชื่อทางคุณธรรมจะมีอิทธิพลต่อการให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบ และรับภาระในการดูแล (Klien, 1989) การพิจารณาทัศนคติทางคุณธรรมนี้ มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี (Obert, 1991) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลจะมีความซับซ้อนและเป็นการประเมินผสมกันระหว่าง คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี (Lazarus & Folkman, 1984; Oberst et al, 1989; Carey et al, 1991) ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียด (Oberst, 1991) และสัมพันธ์ทางลบกับการประเมินว่ามีผลดี (Carey et al, 1991; Oberst, 1991) ดังนั้น ความต้องการในการดูแล อาจจะมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี การประเมินสถานการณ์ของการดูแลนี้ จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความคลุมเครือในบทบาท (role ambiguity) ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) และการมีบทบาทมากเกินไป (role overload) (Hardy & Conway, 1988; McBride, 1988; Temple & Fawdry, 1992)

ความคลุมเครือในบทบาท เกิดจากความไม่แน่ใจในการกระทำ และ/หรือ การแสดงออกถึงความรู้สึกและผลลัพธ์จากการแสดงบทบาทนั้น ส่วนความขัดแย้งในบทบาท เกิดจากการที่ไม่สามารถมีการกระทำ และ/หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกได้เหมาะสมกับบทบาทเนื่องจากความคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาท (interrole conflict) หรือระหว่างผู้ดำรงบทบาทกับคู่บทบาท (intrarole conflict) (Roy, 1984) และการมีบทบาทมากเกินไป เกิดจากความต้องการเวลา และแรงงานที่สัมพันธ์กับการกระทำและ/หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกในบทบาทต่าง ๆ เกินความสามารถที่จะบรรลุตามความคาดหวังได้

ผลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ลาซารัสและคณะ (Lazarus & Folkman, 1982) กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์มีผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของบุคคล สถานการณ์ของการดูแลที่ประเมินว่า คุกคามหรือเป็นความเครียด เป็นการพิจารณาตัดสินสถานการณ์ในทางลบ การประเมินเช่นนี้ จะคุกคาม ความรู้สึก หรือสูญเสียความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองและคุกคามความรู้สึกหรือสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Pearlin et al, 1989) บุคคลจะมีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ด้วยการถอยหนีหรือปกป้องตนเอง มีความรู้สึกเป็นปรปักษ์ และกร้าวร้าว ปฏิกิริยาเช่นนี้ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองจากสังคมในทางลบ (Lazarus & Folkman, 1984) และจะมีปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Coyne, 1976) นอกจากนี้ บุคคลจะมีการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้แก่ มีความวิตกกังวล กลัว ท้อแท้ หมดหนทาง อารมณ์ดังกล่าว จะรบกวนความสามารถในการคิดและการใช้กระบวนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นอุปสรรคในการดำรงบทบาทในสังคม (Lazarus & Folkman, 1984; Thoits, 1986) การมีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์และการตอบสนองด้านอารมณ์ดังกล่าว บุคคลจะไม่สามารถแสดงบทบาทให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมได้ จึงมีความเครียดเนื่องจากการปฏิบัติบทบาทตามมา ดังนั้น การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียด อาจจะมีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ในทางตรงกันข้าม การประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดี เป็นการพิจารณาตัดสินสถานการณ์ในทางบวก กล่าวคือ ผลลัพธ์ตามความสามารถดำรงหรือส่งเสริมสวัสดิภาพของตน การประเมินเช่นนี้จะสะท้อนถึงอารมณ์ที่พึงพอใจ ส่งผลให้การทำงานที่ในสังคมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแสดงบทบาทให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมได้ เนื่องจาก มีความมั่นใจในผลลัพธ์ที่จะตามมา และสามารถดึงแหล่งประโยชน์ส่วนตนมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984; Hobfoll et al, 1991) ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดี อาจจะมีผลโดยตรงในทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

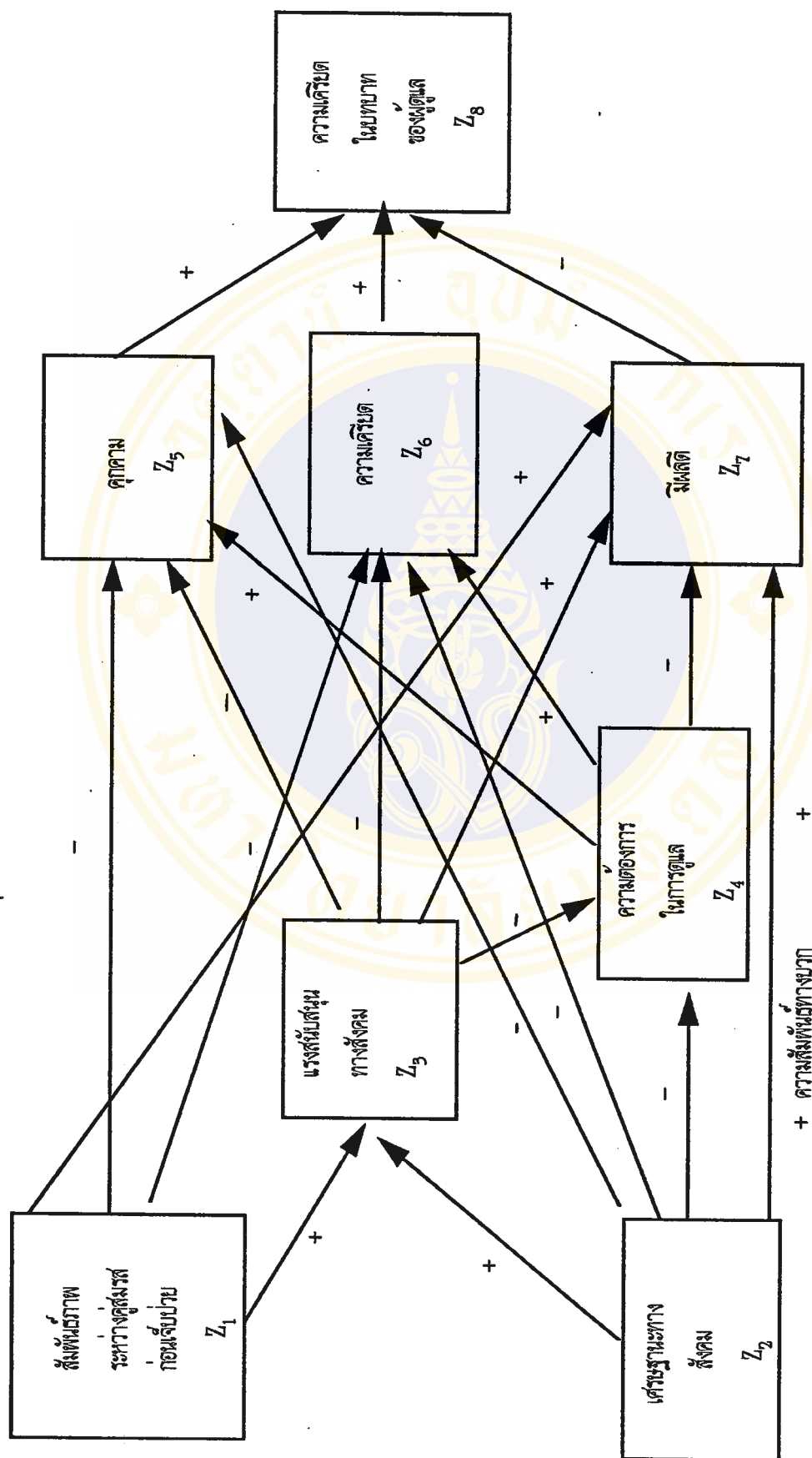
กล่าวโดยสรุป แบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้ แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรชุดหนึ่ง ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ในสถานการณ์เฉพาะของการดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง (ดังแสดงในรูปที่ 1) ซึ่งเป็นร่างทฤษฎีระดับกลางที่ให้ชุดของข้อความเชิงทฤษฎี (Theoretical propositions) ที่สามารถอธิบายและทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อความเชิงทฤษฎีนี้ต้องการการทดสอบความถูกต้องด้วยการวิจัยต่อไป หากผลการวิจัยยืนยันความถูกต้องของข้อความเชิงทฤษฎีในแบบจำลองนี้ จะเป็นหลักฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยการปรับตัว

กระบวนการปรับตัว

ผลลัพธ์การปรับตัว

(การประเมินสถานการณ์ของการดูแล)



รูปที่ 1 แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของมารดาผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการรับส่งทางแล้ว

หมายเหตุ : Z_1 = สัมพันธภาพระหว่างผู้สมรสก่อนเจ็บป่วย Z_2 = เสริมฐานะทางสังคม Z_3 = แรงสนับสนุนทางสังคม Z_4 = ความต้องการในการดูแล Z_5 = ความวิตกกังวล Z_6 = ความเครียด Z_7 = มีผลดี Z_8 = ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ข้อตกลงเบื้องต้น

แบบจำลองเชิงสาเหตุนี้สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอยจึง ข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. ผู้ดูแล ต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
2. การปรับตัว เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า และระดับการปรับตัวของผู้ดูแล

สมมติฐานของการวิจัย

ในการศึกษานี้ได้ตั้งสมมติฐานเพื่อการทดสอบทางสถิติ คือ

1. เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม
2. เศรษฐฐานะทางสังคม และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับความต้องการในการดูแล
3. เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพ
4. ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพ
5. เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียด
6. ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด
7. เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี
8. ความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี
9. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพ และ เป็นความเครียด มีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
10. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี มีผลโดยตรงในทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

นิยามตัวแปร

คำจำกัดความเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้

เศรษฐกิจทางสังคม หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ และฐานะทางอาชีพ (occupational prestige) (Treiman, 1977) แต่เนื่องจากในประเทศไทย ยังไม่มี การศึกษาถึงฐานะทางอาชีพไว้ ผู้วิจัย จึงได้ปรึกษากับนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้ข้อสรุปว่าดัชนี ที่บ่งชี้เศรษฐกิจทางสังคมที่สำคัญคือ การศึกษา และรายได้ (พงศ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, มานี ไช- ธรานุกิตติศิริ, ติดต่อเป็นการส่วนตัว, 18 พฤศจิกายน, 2536) ร่วมกับการปรึกษากับนักจิต- ศาสตร์เกี่ยวกับการคำนวณ ตัวแปร การศึกษา และรายได้เพื่อให้ได้ผลรวมที่แสดงถึงเศรษฐกิจ ทางสังคม ซึ่งได้รับการยืนยันว่า การถดถอยที่ 2 ของผลคูณระหว่างการศึกษาและรายได้ สามารถให้ข้อมูลในภาพรวมของเศรษฐกิจทางสังคมได้ (วรณัฐ เกิดสินชัย, ติดต่อเป็นการส่วนตัว, 23 พฤศจิกายน, 2536) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ เศรษฐกิจทางสังคมจึง หมายถึง จำนวนปีที่ได้ รับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนน จากการถดถอยที่ 2 ของผลคูณระหว่างจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังถึง สัมพันธภาพระหว่างตนกับสามีก่อนที่สามีจะเจ็บป่วยประกอบด้วย ความพึงพอใจในคู่สมรส ความ เห็นพ้องกันของคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรส และ การแสดงความรัก ความหมายเชิง ปฏิบัติการหมายถึง คะแนนรวมของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย จากแบบวัดการ ปรับตัวของคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) ของสเปนเนอร์ (Spanier, 19760) ซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-140 คะแนน คะแนนยิ่งน้อยแสดงว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ก่อนเจ็บป่วยยิ่งไม่ดี คะแนนยิ่งมาก แสดงว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยยิ่งดี

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังรับรู้ว่าจะ ได้รับการรัก และความผูกพัน รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ได้รับการยืนยัน ความมีคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ร่วมกับการรับรู้ว่าจะ ครอบงำทาง สังคมพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และมีความพึงพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์นั้นๆ ความ หมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของแรงสนับสนุนทางสังคม จากแบบสอบถาม แหล่ง ประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire) ส่วนที่ 2 ของแบรนด์ท์ และ ไวเนอร์ท (Brandt & Weinert 1987) ซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 25-175 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนมาก แสดงว่า ได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมมาก

ความต้องการในการดูแล หมายถึง การที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังรับรู้ถึงปริมาณ เวลา และกิจกรรมที่ต้องกระทำในระหว่างสามปีเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย การดูแลโดยตรง หมายถึง กิจกรรมการดูแลในเรื่องส่วนตัวและการรักษาพยาบาล การดูแลระหว่างบุคคล หมายถึง กิจกรรมการดูแลด้านอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรัง และการดูแลทั่วไป หมายถึง กิจกรรมการทำงานบ้าน การทำธุระนอกบ้าน และการบริหารจัดการด้านการเงิน ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของความต้องการในการดูแลจากแบบวัดภาระในการดูแล (Caregiving Burden Scale) ของ โอเบิร์ส (Oberst, 1991) ซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่า ผู้ป่วยเรื้อรังมีความต้องการในการดูแลน้อย คะแนนมาก แสดงว่า ผู้ป่วยเรื้อรังมีความต้องการในการดูแลมาก

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล หมายถึง การที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังพิจารณาตัดสินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด หรือ มีผลดี ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล จาก แบบวัดการประเมินสถานการณ์ของการดูแล (Appraisal of Caregiving Scale) ของโอเบิร์ส (Oberst, 1991)

คุกคาม หมายถึง การคาดเดาว่าสถานการณ์ของการดูแลจะส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตในอนาคต ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม จากแบบวัดการประเมินสถานการณ์ของการดูแลในส่วนของคุกคามของโอเบิร์ส ซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่า มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามน้อย คะแนนมาก แสดงว่ามีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคามมาก

ความเครียด หมายถึง การรับรู้ว่า สถานการณ์ของการดูแลได้ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตขึ้นแล้ว ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียด จากแบบวัด การประเมินสถานการณ์ของการดูแลในส่วนของความเครียดของโอเบิร์ส ซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 8-48 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่า มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดน้อย คะแนนมาก แสดงว่า มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดมาก

มีผลดี หมายถึง การรับรู้ว่า สถานการณ์ของการดูแลสามารถดำรงหรือส่งเสริมสวัสดิภาพของตน ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของการประเมินสถานการณ์

ของการดูแลว่ามีผลดีจากแบบวัดการประเมินสถานการณ์ของการดูแลในส่วนของ มีผลดี ของโอ-เบิร์ตส ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 6-30 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่า มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีน้อย คะแนนมาก แสดงว่า มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีมาก

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล หมายถึง การที่ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรัง รับรู้ว่า มีความคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท และการมีบทบาทมากเกินไป ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 38-190 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่า มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลน้อย คะแนนมาก แสดงว่า มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมาก

ความคลุมเครือในบทบาท หมายถึง การรับรู้ว่า มีความไม่แน่ใจในการกระทำและ/หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกและผลลัพธ์จากการแสดงบทบาทของผู้ดูแล ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของความคลุมเครือในบทบาท จากแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความขัดแย้งในบทบาท หมายถึง การรับรู้ว่า ไม่สามารถกระทำและ/หรือ การแสดงออกถึงความรู้สึกได้เหมาะสมกับบทบาทของการเป็น ญาติ อาชีพและเพื่อน เนื่องจากความคาดหวังของแต่ละบทบาทขัดกับบทบาทของผู้ดูแล หรือมีความขัดแย้งกับผู้ป่วย ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของความขัดแย้งในบทบาทจากแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การมีบทบาทมากเกินไป หมายถึง การรับรู้ว่า ความต้องการเวลาและแรงงานที่สัมพันธ์กับการกระทำ และ/หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกในบทบาทของผู้ดูแล แม่บ้าน ญาติ และอาชีพ เกินความสามารถที่จะบรรลุตามความคาดหวังได้ ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง คะแนนรวมของการมีบทบาทมากเกินไป จากแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

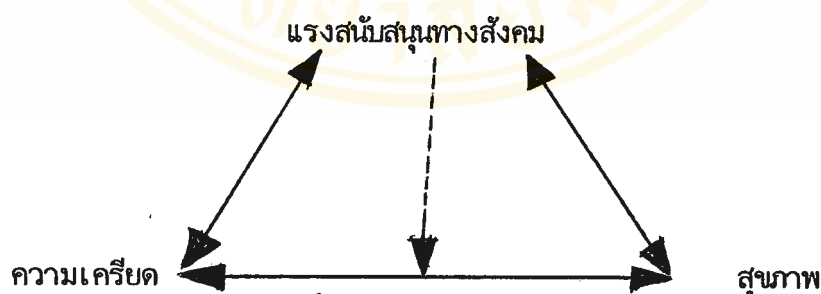
ในบทนี้ได้เสนอวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับแรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจทางสังคมและความต้องการในการดูแลกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลตามลำดับ

แรงสนับสนุนทางสังคม

ความสนใจในการศึกษา การพึ่งพาอาศัยกันทางสังคม ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล (Cobb, 1976; Ryan & Austin, 1989) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองพื้นฐานทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึง การได้รับความรัก เห็นคุณค่า ให้ความเป็นเจ้าของและความปลอดภัย (Thoits, 1982) กล่าวได้ว่า น้อยคนนักที่จะมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความเกี่ยวข้องของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อชีวิตคนเรา จะมีความเป็นสากลโดยจะครอบคลุมทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์วิกฤต และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Gibson, 1992) แนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันในทฤษฎีการปรับตัวของรอย รอย (Roy, 1984) กล่าวถึงความจำเป็นที่คนเราต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้ได้มาซึ่งการได้รับความรักเพียงพอ (affectional adequacy) โดยจะต้องมีความสมดุลทั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งหมายถึง มีความเต็มใจที่จะให้ความรัก ให้เกียรติ และเห็นคุณค่าของผู้อื่น ขณะเดียวกัน ขอมรับสิ่งที่ผู้อื่นมอบให้ และสนองตอบด้วยการให้ความรัก ให้เกียรติ และเห็นคุณค่าเขาเป็นการตอบแทน ความสมดุลระหว่างกันนี้ เป็นที่มาของการได้รับการดูแล เอาใจใส่ ให้การปันปันความมีคุณค่า ให้ความเป็นเจ้าของ และความเข้าใจ อันนำมาซึ่ง ความพึงพอใจ แนวคิดของการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันนี้ เป็นการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (reciprocity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นของแรงสนับสนุนทางสังคม ร็อค (Rook, 1987) กล่าวว่า

การรับรู้ว่าเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าการเป็นผู้รับ จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ยุติธรรม และนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจ ในขณะที่ การรับรู้ว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าการเป็นผู้ให้ จะทำให้รู้สึกผิด และละอายแก่ใจ ภาวะเหล่านี้ จะทำให้ไม่กล้าขอความช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งผลต่อความผาสุกของบุคคลได้ เมื่อแบบแผนความสัมพันธ์มีความเหมาะสมและเป็นการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน ผลการวิจัยสนับสนุนว่า การดำรงสัมพันธภาพของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อกัน และรับรู้ว่ามี การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กับความผาสุก (Roberto & Scott, 1986; Rook, 1987) ผู้ที่มีประสบการณ์ทางสังคม และวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน จะมีความเข้าใจกัน และความช่วยเหลือที่ให้แก่กัน จะเป็นที่ยอมรับของกันและกันได้ง่าย (Thoits, 1986)

การวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา มีปัญหาเนื่องจากการพัฒนาแนวคิด และการให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ชัดเจน ประกอบกับตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ชีวิตมีการวัดปนกัน (confound) จึงยังไม่ได้คำตอบที่แน่ชัดว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อสุขภาพหรือมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพด้วยการบรรเทาความเครียดจากเหตุการณ์ชีวิต (Thoits, 1982; Heller et al, 1986) อย่างไรก็ตาม แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อม เป็นที่ยอมรับในความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และสุขภาพ ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 แบบจำลองแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และสุขภาพ
(Gibson, 1992:)

แบบจำลองนี้ แสดงให้เห็นว่า ความเครียดและสุขภาพ มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน คาสเซล (Cassel, 1976) กล่าวว่า ด้วยกระบวนการทางจิตสังคม จะเป็นไปได้ทั้งการทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นหรือลดน้อยลง ซึ่งจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) ภายในร่างกาย และเป็นการเพิ่มความเล็งหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ กระบวนการทางจิตสังคมนี้ จะมีผลต่อการให้ความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของบุคคล และเป็นการประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่า เป็นความเครียดหรือไม่ มากน้อยเพียงไร ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุอย่างเฉพาะเจาะจงได้ว่า เหตุการณ์ใดบ้างจะก่อให้เกิดความเครียด และเหตุการณ์ใดบ้างจะไม่ก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากจะขึ้นกับการให้ความหมายและตีความในเหตุการณ์ชีวิตของบุคคลนั้นเป็นสำคัญ

แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อสุขภาพและความเครียด ขณะเดียวกันได้รับผลกระทบจากสุขภาพและความเครียดด้วย โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกโดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีความเครียดระดับใด ส่วนผู้ที่มีสุขภาพดี จะสามารถดำรงไว้ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ (Sarason et al, 1983; Cohen & Syme, 1985) แรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะลดการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ลงได้ จึงช่วยลดความเครียดในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเพิ่มการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นกับชีวิตของผู้คนได้ และเป็นเหตุให้ความเครียดเพิ่มขึ้นตามมา (Thoits, 1982)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางอ้อมต่อความเครียดและสุขภาพ โดยจะบรรเทาผลของความเครียดที่มีต่อสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม อาจแทรกอยู่ระหว่าง เหตุการณ์ที่ก่อความเครียด และการสนองตอบต่อความเครียด ด้วยการบรรเทาหรือปกป้องการสนองตอบต่อความเครียด (Cohen & Syme, 1985)

จะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมทางอ้อม ส่วนใหญ่ สนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพด้วยการบรรเทาผลร้ายต่อจิตใจ เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต (Wethington & Kessler, 1981; Kessler & McLeod, 1985; Preston & Grimes, 1987; Baillier, 1988; Lepore et al, 1991)

เมื่อพิจารณาถึง กลไกการทำงานของแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทา หรือปกป้องผลตามมาจากความเครียด ผลการวิจัย สนับสนุนว่า การรับรู้ว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อที่ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อความเครียดได้ด้วยตนเอง (Norbeck, 1981; Pearlin et al, 1981; Sarason et al,

1983; Coyne & Delongis, 1986; Heller et al, 1986) การรับรู้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความเชื่อว่า ได้รับ ความรัก และเห็นคุณค่า จากเครือข่ายทางสังคม และบุคคลเหล่านี้ พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือถ้าต้องการ ร่วมกับ มีความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลเหล่านี้ ซึ่งการรับรู้จะไม่จำกัดอยู่ที่การมีความสัมพันธ์เฉพาะหรือในสถานการณ์เฉพาะใด ๆ แต่เป็นการรับรู้จากการมีกิจกรรมทางสังคมตามปกติ การรับรู้นี้ จะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินจากการแสดงออกหรือการกระทำของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง กระบวนการประเมินจะผ่านการกลั่นกรองด้วยการคิดรู้และอารมณ์ (cognitive-emotional filter) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Heller et al, 1986) ผลการวิจัยให้หลักฐานว่า การรับรู้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pearlin et al, 1981; Mitchell & Hodson, 1983, Kahn et al, 1985; Scott et al, 1986; Riffle, 1988) ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย การจัดการกับความเครียดจะเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (Billings & Moos, 1981; Menaghan, 1982) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งเสริมประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียด และการปรับตัว กลไกการทำงานของแรงสนับสนุนทางสังคมในแนวคิดนี้ เชื่อว่า มีผลทางอ้อมต่อสุขภาพ ผ่านกระบวนการประเมิน และการจัดการกับความเครียด

โททส์ (Thoits, 1986) ให้ข้อคิดว่า การอธิบายกลไกดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าจะมีประโยชน์และมีผลการวิจัยสนับสนุน แต่ไม่เพียงพอในการอธิบายกลไกการทำงานของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้เหตุผลว่า การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเครียดได้ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวคิดในการอธิบายกลไกการทำงานของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมองแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยจัดการกับความเครียด (coping assistance) ด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการกับความเครียดโดยตรง ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ 1) ช่วยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดหรือเปลี่ยนแปลงปัญหา เช่น ให้ความช่วยเหลือ ด้านการเงิน แรงงาน หรือ เสนอแนะทางเลือกในการแก้ปัญหา 2) ช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์เนื่องจากความเครียด เช่น ให้โอกาสในการระบาย แนะนำการฝึกผ่อนคลาย การทำสมาธิ 3) ช่วยเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายกับสถานการณ์ ถ้าสถานการณ์นั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ด้วยกระบวนการเหล่านี้ เชื่อว่า เป็นการมุ่งไปยังประเด็นที่เป็นต้นเหตุของความเครียดโดยตรง อันจะช่วยให้ปัญหาที่มีอยู่เล็กลง ประกอบกับคำแนะนำในการจัดการกับความเครียด ส่งผลให้การจัดการกับความเครียดเป็นไป

อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวได้ในที่สุด แนวคิดนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางอ้อมต่อสุขภาพผ่านการจัดการกับความเครียด

เมื่อพิจารณาถึงกลไกการทำงานของแรงสนับสนุนทางสังคมของทั้ง 2 แนวคิด จะเห็นได้ว่า ไม่มีอะไรที่ขัดแย้งกัน ทั้ง 2 แนวคิดมีส่วนเสริมซึ่งกันและกันและช่วยให้เข้าใจการทำหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยที่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่อการประเมินคุณค่าในตนเองและการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะส่งผลร่วมกันให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม จำเป็นต้องนำปัจจัยตัวแปรต่าง ๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม เข้ามาศึกษาร่วมด้วย เพื่อช่วยแยกให้เห็นชัดเจนถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (Cohen & Syme, 1985; Gibson, 1992; Kessler et al, 1992) ปัจจัยตัวแปรดังกล่าวเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคล และคุณลักษณะของสถานการณ์ ในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เศรษฐฐานะทางสังคม สถานภาพสมรส ความสามารถในการเข้าสังคม ความรู้สึกในการควบคุม (sense of control) ความมีคุณค่าในตนเองและแบบแผนการจัดการกับความเครียด ส่วนคุณลักษณะของสถานการณ์ ได้แก่ ความต้องการของสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ในสถานการณ์นั้น ๆ (Gibson, 1992) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้กับแรงสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ชีวิต การจัดการกับความเครียด และสุขภาพ จะโยงใยต่อกันอย่างซับซ้อน ซึ่งต้องการการพิสูจน์ด้วยการวิจัยในปรากฏการณ์ของการพยาบาลที่ต่างๆ กัน หากได้รับคำตอบที่ยืนยันความถูกต้องของแบบจำลองแนวคิดที่สร้างขึ้น ซึ่งจะเป็นความรู้ที่มีประโยชน์ในการพัฒนาวิธีการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้รับบริการต่อไป

การวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แมคสันและคณะ (McLean et al, 1991) ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 20 ราย ได้แก่ คู่สมรสและญาติ โดยการสัมภาษณ์ถึงความต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุระหว่าง 52-59 ปี เกือบทั้งหมด อาศัยอยู่กับผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การยกผู้ป่วย การขับถ่าย และการอาบน้ำ และมีเพียง 4 ใน 20 รายเท่านั้นที่ได้รับการช่วยเหลือดังกล่าว นอกจากนี้ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีโอกาสดูแลการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว (respite need) ในด้านข้อมูล กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต ทั้งหมด รายงานว่า เคยร้องไห้ในระหว่างให้การดูแล และ

ต้องการแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านบริการ ข้อมูล และอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ เฮนตีเนน (Hentinen, 1983) ซึ่งศึกษาจากภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 59 ราย พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสามีที่บ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะมาจาก ญาติ เพื่อนบ้าน พยาบาล และแพทย์ ตามลำดับ ในจำนวนนี้ ร้อยละ 17 ไม่ได้ รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ใดเลย ผลการวิจัยสนับสนุนว่า ผู้ดูแลต้องการแรงสนับสนุนทาง สังคมเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การวิจัยข้างต้นใช้กลุ่มตัวอย่างน้อย และเป็นการศึกษาความต้องการ ที่ทั่ว ๆ ไปซึ่งไม่ได้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยตรง จึงอาจจะขาดข้อมูล บางส่วนที่สะท้อนถึงความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอื่น ๆ ได้

นอร์เบคและคณะ (Norbeck et al, 1991) ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุน ทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 20 ราย ตามลักษณะของผู้ป่วยที่ดูแล ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประสบการณ์ในการดูแลไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ และใช้วิธีการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับ 1) ความต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมตามปัญหาในสถานการณ์ดูแล 2) ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมตาม สมมุติฐานทางทฤษฎี 3) สำนวนปัญหาเกี่ยวกับความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม ผลปรากฏว่า ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับที่กล่าวไว้ในทฤษฎี กล่าวคือ ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านบริการ ในผู้ดูแลผู้ใหญ่ ความต้องการเด่น ๆ ในแต่ละด้านเรียงตามลำดับ ดังนี้ ด้านบริการ ต้องการ แหล่งประโยชน์ในการรักษา มีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วยบ้าง และความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการใน 2 กิจกรรมหลังสอดคล้องกับการวิจัยของ แมคลินและคณะข้างต้น ส่วน ด้านข้อมูล ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และการจัดการ กับความเครียด และด้านการประเมิน ต้องการเป็นอันความคิดและการกระทำของตน มี โอกาสรับฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นด้วย ท้ายสุด ด้านอารมณ์ ต้องการการยอมรับ การให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่น ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม ในขณะที่ ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมมีมาก แต่กลับได้รับในระดับต่ำ (Given et al, 1988; Robinson, 1989) การวิจัยนี้ไม่มีประเด็นที่ควรคำนึงถึง คือ เป็นการ ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช จึงอาจจะมีประเด็นปัญหาที่มีความจำเพาะ เช่น ความรู้สึกเป็นที่รังเกียจ

ของสังคมและอื่น ๆ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ถึงความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมในรายละเอียดที่ต่างไป และอาจจะมีผลจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่น

การวิจัยทั้ง 3 เรื่องข้างต้น ให้ผลในทางนองเดียวกันคือ ผู้ดูแลต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทของผู้ดูแลชัดเจน

บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล สตอมเมล และคิงรี (Stommel & Kingry, 1991) ศึกษาจากกลุ่มสมรสที่ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง จำนวน 232 ราย โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ กิจกรรม และปริมาณเวลาที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุตร สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน พบว่า ร้อยละของความช่วยเหลือและปริมาณชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ได้รับจากบุตรสูงสุดในผู้ที่มีบุตรโต (อายุมากกว่า 19 ปี) และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน รองลงมา ผู้มีบุตรโตแต่อาศัยอยู่คนละบ้าน ส่วนผู้ที่มีบุตรยังเล็ก (อายุต่ำกว่า 19 ปี) จะได้รับความช่วยเหลือจากบุตรน้อยที่สุด และผู้ที่มีบุตรเล็กมาก (อายุต่ำกว่า 10 ปี) จะได้รับความช่วยเหลือทดแทนจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ มากที่สุด ผู้วิจัยเรื่องนี้อภิปรายว่า การที่ผู้ดูแลมีบุตรเล็กมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ รู้สึกเป็นหน้าที่ ๆ จะต้องให้ความช่วยเหลือ ส่วนผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด สำหรับความช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน และเพื่อนบ้านของทุกกลุ่ม อยู่ในระดับน้อยเหมือนกัน ผลการวิจัยให้หลักฐานว่า อายุของบุตรเป็นดัชนีทำนายระดับความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลจะได้รับ อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ เน้นเฉพาะแรงสนับสนุนด้านบริการเท่านั้น และจำกัดเฉพาะงานบ้าน และกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งไม่รวมถึงการช่วยเหลือด้านการเงินอีกด้วย เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับแรงสนับสนุนทางสังคม

โรบินสัน (Robinson, 1990b) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐฐานะทางสังคมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากภรรยาที่ดูแลสามีสมองเสื่อมจำนวน 78 ราย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวก ($r = .25, p < .05$) ในทางนองที่คล้ายคลึงกัน ไฮล์แมน และคณะ (Hileman et al, 1992) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการความช่วยเหลืองานบ้าน ($r = -.17, p < .01$) แสดงว่า ผู้มีรายได้ดี ต้องการความช่วยเหลืองานบ้านน้อย ผลการวิจัยทั้ง 2 เรื่องสนับสนุนว่า เศรษฐฐานะทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรบินสัน (Robinson, 1990b) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกับข้างต้น พบว่า การปรับตัวของคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.28, p < .05$) และการได้รับคำแนะนำโดยตรง ($r = -.35, p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการช่วยเหลือแรงงาน แสดงว่า ผู้ที่มีความสุขในชีวิตสมรสต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย และได้รับคำแนะนำโดยตรงน้อย ส่วนผู้ที่ไม่มีความสุขในชีวิตสมรสต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และได้รับคำแนะนำโดยตรงมากด้วย ผู้วิจัยเรื่องนี้อภิปรายว่า ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสามี อาจทำให้ภรรยาได้รับความรักและผูกพันจากสามี จึงไม่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม ส่วนการได้รับคำแนะนำโดยตรงน้อย อาจจะเป็นไปได้ว่า คำแนะนำที่ได้รับไม่ตรงกับความต้องการของภรรยาในกลุ่มนี้ ผลการวิจัย สนับสนุนว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งเศรษฐกิจและทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล

ลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นแรงกดดันของการเกิดความเครียดเดียวกัน บุคคลจะมีปฏิริยาตอบสนองที่ต่างกัน เช่น บางคนแสดงออกด้วยการโกรธ บางคนซึมเศร้า บางคนวิตกกังวล บางคนเพิกเฉย เป็นต้น ที่เป็นเช่นนี้ เกิดจากการที่บุคคลมีความไว มีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์แต่ละชนิด และการตีความของเหตุการณ์แตกต่างกันไป ความแตกต่างนี้อยู่ที่กระบวนการคิดรู้ในการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล การประเมินสถานการณ์จะเป็นสื่อกลางระหว่างเหตุการณ์ที่เผชิญและการมีปฏิริยาตอบสนอง การศึกษาการประเมินสถานการณ์ของบุคคลต้องแยกแยะระหว่าง การประเมินว่า คุณภาพ อันตราย ทักษะ หรือมีผลดี เนื่องจากแต่ละส่วนเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพ และความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลต่างกัน ดังนั้น การทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลภายใต้สถานการณ์หนึ่ง ๆ จำเป็นต้องคำนึงถึง การประเมินสถานการณ์ การมีปฏิริยาตอบสนอง และองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ

เมื่อพิจารณาถึง องค์ประกอบที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ ลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านบุคคล

องค์ประกอบด้านบุคคลที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความผูกพัน (commitment) และความเชื่อ โดยที่ ความผูกพัน หมายถึง สิ่งที่มีความหมาย และมีความสำคัญกับบุคคลซึ่งมีอิทธิพลในการพิจารณาตัดสินใจ ความเกี่ยวข้องของสถานการณ์ต่อสวัสดิภาพของตน ซึ่งนำไปสู่บุคคลกล้าเผชิญหรือผลหนีจากสถานการณ์ที่คุกคาม อันตราย หรือ มีผลดี เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงในการเกิดความเครียดและการประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม อันตราย หรือมีผลดี ถ้าความผูกพันมีมาก บุคคลมีแนวโน้มจะประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม หรือท้าทายได้มาก นอกจากนี้ ความผูกพันอาจเป็นแรงขับให้บุคคล มีมุนานะพยายามที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้ผลลัพธ์ดังความตั้งใจ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกคุกคามลงได้ เช่น นักกีฬาที่มุ่งมั่นจะให้ได้ดีมาซึ่งชัยชนะ จะทำการฝึกซ้อมอย่างหนัก จนสามารถพัฒนาตนเองอยู่ในระดับแนวหน้า ความพึงพอใจจะตามมา เนื่องจากคู่แข่งมีน้อยลง เป็นต้น

ในส่วนของความเชื่อเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบด้วย 1) การมีความเชื่อว่า ตนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ไปให้ได้ผลลัพธ์ตามต้องการได้ (general belief about control) ความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ที่คลุมเคลือ และสถานการณ์ใหม่มากที่สุด เนื่องจากความคลุมเคลือเป็นภาวะการณ์ที่ไม่ชัดเจน ทบทวนในการคาดเดาผลลัพธ์ที่ตามมามีน้อย ความเชื่อว่าสามารถควบคุมได้นี้ จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ ในทางตรงกันข้าม สถานการณ์ที่มีความคลุมเคลือน้อย การพิจารณาตัดสินใจความหมาย และความสามารถในการควบคุมได้เกิดจากคุณลักษณะของสถานการณ์มากกว่าอิทธิพลจากความเชื่อนี้ 2) การมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์เฉพาะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (situational control appraisal) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลประเมินความต้องการของสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับความเครียดแล้ว มีความมั่นใจว่าสามารถรับมือได้ ความเชื่อว่าสามารถควบคุมได้นี้ มีความสำคัญในการพิจารณาตัดสินใจสถานการณ์ว่า คุกคาม หรือท้าทายและสามารถลดความเครียดลงได้แต่จะเพิ่มความรู้สึกคุกคาม ถ้าสถานการณ์ที่เชื่อว่าควบคุมได้ขัดกับความผูกพัน หรือ เป้าหมายอื่น ๆ ของบุคคล สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือการประเมินสถานการณ์ที่นำไปสู่การปรับตัวได้นั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ถ้าการประเมินสถานการณ์มาจากข้อมูลที่ไม่เพียงพอ หรือได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบด้านบุคคลอื่นๆ อาจจะทำให้การประเมินไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตาม ความเชื่อว่าสามารถควบคุมได้นี้ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อทั่วไป หรือเฉพาะสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ ความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ สภาพอารมณ์ และการจัดการกับความเครียดของบุคคล 3) การมีความเชื่อในสิ่งที่เป็นอยู่ (existential belief) ได้แก่ ความเชื่อในหลักการของ

ศาสนา โชคชะตา หรืออื่น ๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลสร้างความหมายให้กับชีวิต และดำรงไว้ซึ่งการมีความหวังในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ความเชื่อส่วนนี้ไม่มีผลต่อสภาพอารมณ์ แต่จะส่งผลได้ต่อเมื่อร่วมกับความผูกพันอื่น ๆ ในสถานการณ์นั้น

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ ได้แก่ 1) สถานการณ์ใหม่ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ได้ต่อเมื่อมีการเชื่อมโยงเข้ากับประสบการณ์เดิม เช่นการประเมินว่า คุณความ เกิดจากการเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในอดีตที่เคยประเมินว่าอันตรายมาก่อน หรือ จากการอ้างอิงความรู้ทั่วไปที่ได้จากการอ่าน การพบเห็น หรือได้ยิน มายังสถานการณ์ที่เผชิญ 2) ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ เป็นภาวะที่ข้อมูลซึ่งจำเป็นต่อการประเมินสถานการณ์ไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้แน่ชัดว่า อะไรจะเกิดขึ้นและสิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร ภาวะเช่นนี้ จะสร้างความรู้สึกลึกซึ้งมาก เนื่องจากการประเมินสถานการณ์ต้องใช้เวลา และเมื่อมีการประเมินซ้ำ จะมีความขัดแย้ง ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้สับสนและรู้สึกหมดหนทาง นอกจากนี้ ความรู้สึกซึ้งซึ้งที่มากจะรบกวนกระบวนการคิด ทำให้ความสามารถในการประเมินสถานการณ์และการจัดการกับความเครียดลำบากยิ่งขึ้น 3) องค์ประกอบด้านเวลา เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ใกล้ขีด (imminence) โดยทั่วไปเหตุการณ์ใกล้เกิดมากเท่าไร ความเร่งด่วนในการประเมินสถานการณ์จะมากขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะสถานการณ์ที่สื่อเค้าว่าจะอันตราย หรือมีโอกาสที่จะควบคุมได้ ถ้าไม่มีการสื่อเค้าดังกล่าว เหตุการณ์ใกล้เกิดจะไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ แต่ถ้าเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์มีมาก การประเมินสถานการณ์จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นการลดความรู้สึกซึ้งซึ้งลงได้ เนื่องจากมีเวลาในการพิจารณาตัดสินสถานการณ์ การประเมินซ้ำ และวิธีจัดการกับความเครียด การประเมินสถานการณ์ นอกจากจะได้รับอิทธิพลจากเหตุการณ์ใกล้เกิดแล้ว ยังขึ้นกับระยะเวลาของการเกิดเหตุการณ์ ถ้าระยะเวลาของการเกิดเหตุการณ์นาน บุคคลจะตกอยู่ภายใต้ความเครียดเรื้อรัง ภาวะเช่นนี้ บุคคลจะมีการพัฒนาทักษะในการปรับตัวใหม่ ความผูกพันและเป้าหมายเดิมจะเปลี่ยนไป ดังนั้นการประเมินสถานการณ์จะไม่คงที่ แต่มีการเปลี่ยนแปลงตามการจัดการกับความเครียด การประเมินซ้ำ และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ท้ายสุด การประเมินสถานการณ์ขึ้นกับการไม่รู้ว่าจะเหตุการณ์จะเกิดขึ้นเมื่อใด (temporal uncertainty) โดยจะทำให้บุคคลมีการตื่นตัว เฝ้ารอ และเตรียมการรับมือกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดสูง จึงสามารถลดความเครียดลงได้

องค์ประกอบด้านบุคคลและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นผลวัดของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้าน

บุคคล ได้แก่ ความผูกพัน ความเชื่อ หรือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ธรรมชาติของการเกิดเหตุการณ์ ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ เหตุการณ์ใกล้เคียงเกิด ระยะเวลาของการเกิดเหตุการณ์ และการไม่รู้ว่เหตุการณ์จะเกิดขึ้นเมื่อใด เพียงด้านใดด้านหนึ่งอย่างเดียว จะไม่เพียงพอต่อการอธิบายถึงการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ดังนั้น จึงต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 2 ด้านควบคู่กันไม่ในการทำความเข้าใจการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ในส่วนขององค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม และความต้องการในการดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐฐานะทางสังคมและความต้องการในการดูแลกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล

โอเบิร์ตและคณะ (Oberst et al, 1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐฐานะทางสังคมและภาระในการดูแลกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 47 ราย โดยการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวด้วยการตอบแบบสอบถามเศรษฐฐานะทางสังคม แบบวัดภาระในการดูแลและการประเมินสถานการณ์ของการดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางสังคมต่ำ จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า อันตราย-สูญเสีย หรือ คุกคาม มากกว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางสังคมปานกลาง ส่วนระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการประเมินว่า อันตราย-สูญเสีย ($r = -.34, p < .01$) และคุกคาม ($r = -.13, p < .05$) ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า อันตราย-สูญเสีย ($r = .48, p < .001$) และคุกคาม ($r = .41, p < .001$) ผลการวิจัยสนับสนุนว่า ผู้ดูแลที่มีแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุน้อย จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า อันตราย-สูญเสีย หรือ คุกคามมาก ในทำนองเดียวกัน ภาระในการดูแลที่มาก ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า อันตราย-สูญเสีย หรือ คุกคามมากด้วย

การวิจัยในทำนองเดียวกัน แคร์รี่และคณะ (Carey, et al, 1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแล จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับเคมีบำบัด จำนวน 73 ราย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส และเป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียวพร้อมกันด้วยการตอบแบบสอบถามภาระในการดูแลและการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ผลการวิจัยสนับสนุนการศึกษาของโอเบิร์ตและคณะข้างต้น ซึ่งพบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ในทางลบ (อันตราย-สูญเสีย หรือ คุกคาม) ($r = .47, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการประเมินสถานการณ์ว่า มี

ผลคือ ($r = -.30, p < .05$) ในทำนองเดียวกัน โอเบิร์ต (Oberst, 1991) ใช้เครื่องมือวิจัยชุดเดียวกันกับแคร์รี่และคณะ แต่ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 240 ราย ผลที่ได้สนับสนุนการวิจัยข้างต้นเช่นกัน โดยพบว่า ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม ($r = .39, p < .05$) และ เป็นความเครียด ($r = .20, p < .05$) ส่วนฐานะทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม ($r = -.20, p < .05$)

กล่าวได้ว่า การวิจัยข้างต้นให้ผลในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมดี จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า อันตราย-สูญเสีย และคุกคามน้อย การรับรู้ว่าภาระในการดูแลมีมาก ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า อันตราย-สูญเสีย คุกคาม และเป็นความเครียดมาก การประเมินสถานการณ์ของการดูแลนี้จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

บทบาท เป็นพฤติกรรมในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องรู้ว่าตนเองมีบทบาทอะไร และผู้ที่จะปฏิสัมพันธ์ด้วยเป็นใคร เพื่อจะทราบได้ว่า ควรแสดงพฤติกรรมอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับบทบาทนั้น พฤติกรรมในการแสดงบทบาท จะผสมผสานอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวันของเรา การที่จะแสดงบทบาทได้ดี จะต้องมีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ร่วมกับการมีความรู้และทักษะเฉพาะในบทบาทนั้น ส่วนหนึ่งเป็นคุณสมบัติส่วนตัว หรือสิ่งเร้าภายในบุคคลนั่นเอง ได้แก่ ทักษะการคิดรู้ ทักษะการต่อรองและร่วมมือ ทักษะในการเข้าถึงกลุ่มบทบาท (Hardy & Conway, 1988) นอกจากนี้ เกี่ยวข้องกับ อัตมโนทัศน์ แรงจูงใจ ความสนใจส่วนตัว อายุ สุขภาพ เวลา ความเกี่ยวข้อง และสภาวะอารมณ์ (Joos, 1985; Andrew & Roy, 1991) ส่วนสิ่งเร้าภายนอกซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการแสดงบทบาท นอกเหนือจาก กลุ่มบทบาท การได้รับความร่วมมือ รางวัลจากการแสดงบทบาท และสิ่งอำนวยความสะดวกแล้ว ยังขึ้นกับ บทนันทฐานทางสังคม และการมีแบบอย่าง (Roy, 1984) ความสำเร็จในการดำรงบทบาท จะเป็นรางวัลชีวิตที่ทำให้คนเราเกิดความมั่นคง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีอิทธิพลในการส่งเสริมสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามการมีบทบาทในการดำรงบทบาทไม่ว่าจะมีสาเหตุจากสิ่งเร้าใด ที่พบบ่อยคือ การขาดทักษะในการดำรงบทบาท บทบาทนั้นไม่เหมาะสมกับตน การไม่เข้าใจในความคาดหวังของกลุ่มบทบาท และการไม่เต็มใจที่จะดำรงบทบาทนั้น นำมาจากการดำรงบทบาท

จะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของบุคคล เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในสังคม มีความเครียดและความเจ็บป่วยตามมา (Lazarus & Folkman, 1984; Smith, 1992)

แนวคิดของความเครียดในบทบาท ได้รับอิทธิพลจากการมองปรากฏการณ์ของบทบาทจาก 2 ค่ายด้วยกัน คือ (Hardy & Conway, 1978; Wood, 1986) 1) โครงสร้างและการทำงานที่ในสังคม (structural functionalist) เน้นถึงความเข้าใจในแบบแผนพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นไปตามบันทัดฐานของสังคมหรือความคาดหวังในบทบาท เพื่อที่จะดำรงระบบของสังคม ความเครียดในบทบาทจึงเกิดจากการแสดงบทบาทไม่สอดคล้องกับบันทัดฐานของสังคมหรือความคาดหวังในบทบาทนั้น 2) สัญลักษณ์การปฏิสัมพันธ์ (symbolic interactionist) เน้นที่การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของกลุ่มบทบาท และพฤติกรรมตอบสนองต่อกลุ่มบทบาทเป็นผลจากการตีความ สัญลักษณ์การแสดงออก (symbolic act) ของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งการตีความนี้ได้รับอิทธิพลจาก อัตตา (self) และสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม (cultural symbol) ความเครียดในบทบาทจึงเกิดจากการตีความการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเป็นสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบแนวคิดจากทั้ง 2 ค่ายแล้ว กล่าวได้ว่า สัญลักษณ์การปฏิสัมพันธ์สามารถอธิบายพฤติกรรมในโครงสร้างทางสังคมที่ซับซ้อนได้กว้างกว่า แต่ทั้ง 2 ค่าย มีความสำคัญต่อการเข้าใจการเกิดความเครียดได้เหมือนกัน เมื่อพิจารณาถึงแนวคิดของความเครียดในบทบาทของทฤษฎีการปรับตัวของรอย จะเห็นได้ว่า ได้รวมเอาแนวคิดของทั้ง 2 ค่ายเข้าไว้ด้วยกัน ดังจะเห็นได้จากการกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาท มีทั้ง อัตมโนทัศน์ และ บันทัดฐานทางสังคม (Andrew & Roy, 1991)

เมื่อพิจารณาถึงขอบเขตของความเครียดในบทบาทจะมีความแตกต่างกัน ฮาร์ดี้และคอนเวย์ (Hardy & Conway, 1988) จำแนกความเครียดในบทบาทจากการวิเคราะห์ทฤษฎีและงานวิจัย ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความไม่สอดคล้องกับบทบาท (role incongruity) เกิดจากอัตมโนทัศน์ และค่านิยมส่วนตัวขัดกันกับความคาดหวังในบทบาท 2) ความขัดแย้งในบทบาท เกิดจากความคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาท หรือระหว่างบุคคล 3) การดำรงบทบาทมากเกินไป เกิดจากการที่ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ตามเวลาที่มีอยู่ได้ทั้งหมด 4) ความคลุมเคลือในบทบาท เกิดจากความคาดหวังในบทบาทไม่ชัดเจน จูส (Joos et al, 1985) จำแนกความเครียดในบทบาทครอบคลุมในส่วนของความคลุมเคลือในบทบาทและความขัดแย้งในบทบาท ดังที่ ฮาร์ดี้และคอนเวย์ ระบุไว้ ส่วนที่ต่างไปคือ การไม่ยอมรับในบทบาท (role shock) ซึ่งเกิดจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในบทบาทที่คาดเดาไว้และที่ประสบจริง หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่คุ้นเคยไปสู่บทบาทใหม่ที่ต่างไปจากเดิมมาก

ส่วนเพิร์ลลิน (Pearlin, 1989) แบ่งความเครียดในบทบาทเป็นความขัดแย้งในบทบาทและการมีบทบาทมากเกินไปตามที่ฮาร์ดี้และคอนเวย์ กล่าวไว้ และเพิ่มในส่วนของการจำยอมในการดำรงบทบาท (role captivity) เกิดขึ้นเนื่องจากไม่เต็มใจที่จะรับบทบาทนั้น

จะเห็นได้ว่าขอบเขตของความเครียดในบทบาทของนักทฤษฎีมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ความเครียดในบทบาทขึ้นกับบริบททางสังคม ที่พบได้บ่อยคือ การดำรงบทบาทมากเกินไป ความขัดแย้งในบทบาทและความคลุมเคลือในบทบาท (Biddle, 1979; Stuart & Sundeen, 1987; Hardy & Conway, 1988) โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งอุทิศเวลาให้กับครอบครัวเพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวังในบทบาท ภรรยา มารดา ผนวกกับบทบาทอาชีพ หรือให้การดูแลญาติที่อ่อนแอ พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีปัญหาการดำรงบทบาทมากเกินไป และความขัดแย้งในบทบาทมากที่สุด (Barnett & Baruch, 1985; McBride, 1988; Temple & Fawdry, 1992)

กล่าวได้ว่า ความเครียดในบทบาทเป็นผลจาก การปฏิสัมพันธ์กับคู่บทบาท หรือความสัมพันธ์ระหว่างบทบาท ปัญหาที่เกิดจากความเครียดในบทบาทที่พบได้บ่อยคือ การดำรงบทบาทมากเกินไป ความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเคลือในบทบาท

การวิจัยเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึง ภาระของการดูแล ซึ่ง วอลเลซและโนเกอร์ (Wallace & Noeker, 1986) กล่าวว่า การศึกษาถึงภาระหรือผลที่ตามมาจากการดูแลดังปรากฏในงานวิจัยนี้ได้สะท้อนถึงความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ต่างกันไป เพียงแต่ไม่ได้จำแนกให้เห็นถึงปัญหาที่สัมพันธ์กับบทบาทที่ชัดเจน ดังนั้นจึงสามารถอ้างอิงมายังความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ ซึ่งการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทมีดังนี้

ประสบการณ์ของการทำหน้าที่ดูแล วูด (Wood, 1991) ศึกษาเชิงปรากฏการณ์ด้วยการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนาน 2 เดือน จำนวน 10 ราย เพื่อแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับความหมายของการทำหน้าที่ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ประกอบด้วย ภรรยา บุตรสาว หลานสะใภ้ มารดา บุตรชาย และสามี ตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลว่า เกิดจากความผูกพันกับผู้ป่วย หรือไม่มีใครอื่นจะให้การดูแล ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีผลทั้งในด้านบวกและลบ เช่น เป็นโอกาสในการให้ความรักและการเอาใจใส่ แต่ไม่สามารถทำได้โดยไม่รู้สึก ขมขื่น หรือขุ่นเคือง ส่วนผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต พบว่า การกระทำใด ๆ ก็ตาม จำเป็นต้องมีการวางแผนล่วงหน้า ไม่สามารถไปไหนได้เป็นเวลานาน กิจกรรมที่เคยทำตามปกติและยามว่างถูกจำกัดน้อยลง การมุ่งมั่นอยู่กับ



การดูแล และไม่สามารถลืกรื้อตัวไปไหนได้เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางลบมากที่สุด ประโยชน์หรือสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสอดคล้องระหว่างการให้ข้อมูล จะมีคำว่า หนักจริง ๆ เหนื่อยล้า และรีบเร่ง ปริมาณเวลาที่ใช้ไปกับการดูแลอยู่ระหว่าง 4-24 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ไม่คิดว่าการดูแลจะลดน้อยลงในอนาคตอันใกล้ ผู้ดูแล 5 ราย ทำงานนอกบ้านด้วย 2 ราย ต้องออกจากงาน อีก 1 รายต้องลดจำนวนวันลงเหลือเพียง 2 วันต่อสัปดาห์

การวิจัยของ สกาลาช (Schalach, 1989) ขยายให้เห็นผลกระทบของการทำหน้าที่ดูแลต่อการทำงานนอกบ้าน โดยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ได้แก่ ใช้โทรศัพท์ในเรื่องส่วนตัวมากขึ้น ลางานน้อย ใช้วันลาพักผ่อนไปกับการดูแล เวลาที่ใช้พักในระหว่างการทำงานมากขึ้น กลับบ้านเร็วกว่าที่เคย รู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำงานได้เต็มที่ และสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การศึกษาของวูดข้างต้นพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับบทบาท ครอบครัว งานบ้าน และศาสนา ส่วนการดูแลตนเองในระหว่างให้การดูแล พบว่า ต้องยกเลิกสิ่งที่เคยปฏิบัติมากมาย ส่วนใหญ่พักผ่อนด้วยการนอนหลับช่วงสั้น ๆ การเดินเล่น อ่านหนังสือ หรือปลูกต้นไม้ ในส่วนของความรู้สึกทางบวก ส่วนใหญ่มีความภูมิใจที่ได้ใช้ความพยายามอย่างดีที่สุดในการช่วยเหลือคนที่ตนรัก ผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของการดูแลทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งปรากฏเด่นชัดในทางลบ ดังจะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อ บทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันทั้งด้านครอบครัว ส่วนตัว อาชีพ และสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดทั้งสิ้น

ในทำนองที่คล้ายคลึงกัน โกลด์สไตน์และคณะ (Goldstein et al, 1981) ทำการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับความเครียดในระหว่างดูแล จำนวน 25 ราย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส พี่หรือน้องสาว มารดาและบุตรชาย ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 35-87 ปี ระยะเวลาในการดูแลต่ำกว่า 1 ปี ถึง 25 ปี ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วยเหมือนกันคือ มีความรักและผูกพันกับผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนการวิจัยของวูดข้างต้น ส่วนหนึ่งให้ความสำคัญกับคุณธรรมในการตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วย การวิจัยนี้พบว่า เวลาและแรงงานที่ต้องการในการดูแลจะขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีความรับผิดชอบมาก ความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่น ๆ ไม่สามารถที่จะผสมกลมกลืนกันได้ เช่น ผู้ดูแลรายหนึ่ง เป็นทั้งภรรยา แม่บ้าน ทำงานถึงเวลา และดูแลสามี ให้ข้อมูลว่า ไม่สามารถกระทำบทบาทต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อทำหน้าที่แม่บ้านและผู้ดูแลเท่านั้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างรายนี้ไม่สามารถลดความตึงเครียดจากการทำหน้าที่ใน 2 บทบาทนี้ได้ นอกจากนี้ยังมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากปัญหาการเงินในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยอมรับว่า การดูแลเป็น

ภาระหนักและปั่นความเครียด อย่างไรก็ตาม เกือบทั้งหมดยืนยันที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผลการวิจัยสนับสนุนว่า ความผูกพันกับผู้ป่วยและคุณธรรมของผู้ดูแลทำให้งานอยู่กับการดูแล แม้จะรับรู้ว่าเป็นความเครียดก็ตาม นอกจากนี้ ความต้องการเวลาและแรงงานที่สัมพันธ์กับการดูแล มีความขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนถึง การมีความขัดแย้งระหว่างบทบาท

การศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อคู่สมรส ไคลน์และคณะ (Klien et al, 1967) สัมภาษณ์คู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 73 ราย โดยใช้แบบวัดความรู้สึกเป็นทุกข์และแบบวัดความตึงเครียดในบทบาท พบว่า คู่สมรสส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 67 แสดงอาการเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่ อาการทางประสาท เหนื่อยล้า ตกใจง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้าง่าย นอกจากนี้ยังมีความคับข้องใจ และตึงเครียด จากความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผลการวิจัยสนับสนุนว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับบทบาทของผู้ดูแล นอกจากจะเป็นความขัดแย้งระหว่างบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับครอบครัว อาชีพ และสังคมตามการวิจัยของโกลด์สไตน์ และคณะแล้ว ยังมีความขัดแย้งระหว่างบุคคล ได้แก่ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยอีกด้วย

ชีแชนและนัททัล (Sheehan & Nuttal, 1988) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของความขัดแย้งระหว่างบุคคลต่อความเครียด และความผันแปรทางอารมณ์ของผู้ดูแล จากสมาชิกในครอบครัวซึ่งดูแลผู้สูงอายุจำนวน 98 ราย พบว่า ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ($r = .43, p < .001$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดได้ร้อยละ 29 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผันแปรทางอารมณ์ ($r = .70, p < .001$) สามารถอธิบายความผันแปรทางอารมณ์ได้ร้อยละ 48 ส่วนการมีความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.44, p < .001$) และความผันแปรทางอารมณ์ ($r = -.47, p < .001$) ความพึงพอใจต่อการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผันแปรทางอารมณ์ ($r = -.32, p < .01$) ผลการวิจัยนี้ ยืนยันว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นสาเหตุของความเครียดและความผันแปรทางอารมณ์ ซึ่งสนับสนุนการวิจัยของ โกลด์สไตน์และคณะ และการวิจัยของไคลน์และคณะ แสดงว่าผู้ดูแลที่มีความขัดแย้งกับผู้ป่วยสูง จะมีความเครียดและการตอบสนองทางอารมณ์สูงด้วย โดยจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ได้สูงกว่า ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วย ระดับความเครียด และการตอบสนองทางอารมณ์จะน้อยลงด้วย ดังนั้นการรับรู้เชิงจิตวิสัยของผู้ดูแล จึงมีความสำคัญต่อการอธิบาย ผลตามมาจากการดูแลซึ่งสะท้อนถึงความเครียดที่เกิดขึ้นภายในและระหว่างบุคคลได้

ผลลัพธ์จากการดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรังของกลุ่มผู้ดูแลที่ต่างกัน โฮเยิร์ตและเซลเซอร์ (Hoyert & Seltzer, 1992) ศึกษาเปรียบเทียบจากกลุ่มหญิง 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) หญิงที่ไม่มีประสบการณ์ของการดูแล (5,900 ราย) 2) บุตรสาวที่ดูแลบิดามารดา (358 ราย) 3) ภรรยาที่ดูแลสามี (122 ราย) 4) มารดาที่ดูแลบุตร (126 ราย) โดยการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ การทำงานนอกบ้าน งานบ้าน การร่วมกิจกรรมทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิตสมรส สุขภาพและความผาสุกโดยรวม ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล พบว่า มีความแตกต่างกันโดยที่กลุ่มผู้ดูแลใช้เวลาในการทำงานบ้านมากกว่า มีเวลาในการทำกิจกรรมนอกบ้านน้อยกว่า มีสุขภาพที่เลวกว่า ความพึงพอใจในตนเองต่ำกว่า และมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีสถานภาพสมรสด้วยกัน พบว่ากลุ่มผู้ดูแล ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเลวกว่า ผลการวิจัยสนับสนุนว่า การรับบทบาทของผู้ดูแลส่งผลต่อประสบการณ์ในด้านลบชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน พบว่ากลุ่มภรรยามีประสบการณ์ด้านลบมากที่สุด ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำรงบทบาทแม่บ้าน ชีวิตสมรส สังคม การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง สุขภาพกาย และความผาสุกโดยรวม หากพิจารณาตามแนวคิดของทฤษฎีบทบาทแล้ว สะท้อนถึงการมีบทบาทมากเกินไป และความขัดแย้งในบทบาทโดยเฉพาะระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกของภรรยา ดังนั้น กลุ่มภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงเป็นกลุ่มที่น่าสนใจในการศึกษาเพื่อสืบค้นวิธีการให้ความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแลที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การวิจัยข้างต้นให้หลักฐานเด่นชัดว่า ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นหญิง โดยภรรยาเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับประสบการณ์ในทางลบมากที่สุด ทั้งหมดนี้ให้ผลที่สอดคล้องกันคือ ประสบการณ์ของการดูแลก่อให้เกิดความเครียดในบทบาท ซึ่งมีสาเหตุจากความขัดแย้งในบทบาท โดยที่เป็นความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และความขัดแย้งระหว่างบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังสะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการเวลาและพลังงานในการดูแลผู้ป่วย น่าจะมีปัญหาของการมีบทบาทมากเกินไปอีกด้วย อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับอิทธิพลของปัจจัยด้าน เศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่าง เศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐฐานะทางสังคมและการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โรบินสัน (Robinson, 1990b) ศึกษาจากกรรยาของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 78 ราย พบว่าเศรษฐฐานะทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการะเชิงจิตวิสัย ($r = -.29, p < .01$) ส่วนมองโกเมอรีและคณะ (Montgomery et al, 1985) พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการะเชิงจิตวิสัย ($r = -.35, p < .01$) แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมดี จะมีความรู้สึกเป็นการต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และความเครียดของผู้ดูแล คอยเนและสมิธ (Coyne & Smith, 1991) ศึกษาจากกรรยาผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย จำนวน 56 ราย พบว่า การปรับตัวของคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ของกรรยา ($r = -.32, p < .01$) ในทำนองเดียวกัน โรบินสัน (Robinson, 1990b) ศึกษาในกรรยาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น พบว่า การปรับตัวของคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการะเชิงจิตวิสัย ($r = -.44, p < .001$) และ โรบินสัน (Robinson, 1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย กับอารมณ์ซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบเช่นกัน ($r = -.33, p < .001$) ผลการวิจัยทั้งหมดสนับสนุนว่า กรรยาที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย จะมีความเครียดในระหว่างให้การดูแลสำนน้อย นอกจากปัจจัยด้านเศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลแล้ว ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญในการบรรเทาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

การวิจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ไม่ปรากฏมีรายงานการวิจัย เท่าที่มีรายงานไว้ ส่วนใหญ่ เน้นที่ ภาระ (burden) ความเหนื่อยหน่าย (burn out) และความทุกข์ใจ ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ เนื่องจาก เป็นปรากฏการณ์ที่บ่งชี้ถึงความเครียดของผู้ดูแลเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์ใจของสมาชิกในครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม เบลลี (Baillie et al, 1988) ศึกษาจากสมาชิกใน

ครอบครัว จำนวน 87 ราย ส่วนใหญ่เป็นหญิง โดยที่เป็น บุตร ญาติ คู่สมรส และเพื่อนตามลำดับ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียวด้วยการตอบแบบสอบถาม แบบวัดความเครียดจากการดูแล แบบวัดความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความทุกข์ใจ พบว่า ความเครียดจากการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ใจ ($r = .46, p < .01$) และอารมณ์ซึมเศร้า ($r = .49, p < .01$) ส่วน ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการดูแล ($r = -.42, p < .001$) และอารมณ์ซึมเศร้า ($r = -.52, p < .001$) นอกจากนี้ ความเครียดจากการดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของความทุกข์ใจได้ร้อยละ 21 และอารมณ์ซึมเศร้าได้ร้อยละ 24 ส่วนความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความทุกข์ใจได้ร้อยละ 10 และอารมณ์ซึมเศร้าได้ร้อยละ 12 การวิจัยนี้สนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถบรรเทาความทุกข์ใจและอารมณ์ซึมเศร้าลงได้

ในทำนองที่คล้ายคลึงกัน สก็อตและคณะ (Scott et al, 1986) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกเป็นภาระ จากสมาชิกในครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 25 ราย โดยการเก็บข้อมูลครั้งเดียวตามแบบสอบถาม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมพอเพียง พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงและเป็นภรรยา อายุเฉลี่ย 64.4 ปี พบว่า ส่วนใหญ่มีความพอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้แก่ บุตร หลาน พี่น้อง ความช่วยเหลือที่พอใจมากที่สุดคือ การเยี่ยมเยียน และอยู่ดูแลผู้ป่วย เพื่อจะได้มีโอกาสออกสังสรรค์นอกบ้านบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ แมคสันและคณะ (McLean et al, 1991) และนอร์เบคและคณะ (Norbeck et al, 1991) นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอมีร้อยละ 47.6 เกินพอมีร้อยละ 33.3 และเพียงพอมีร้อยละ 19 กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ และเกินพอ มีระดับความรู้สึกเป็นภาระใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ มีระดับความรู้สึกเป็นภาระต่ำสุด และพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดสูงสุด ซึ่งหมายถึงการมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดได้สูงสุด ผลการวิจัยนี้ สนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่พอเหมาะจะเป็นแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการปรับตัวของผู้ดูแล

ในส่วนองแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล ไรเฟิลล์ (Riffle, 1988) ทำการศึกษาย้อนหลังในภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 61 ราย โดยการตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพนับตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล ความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคล

รอบข้างนับตั้งแต่สามีเจ็บป่วย ประโยชน์ของครอบครัวในปัจจุบัน ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของสามีในปัจจุบันและระยะยาว ความสามารถในการจัดการกับปัญหาการเงิน ความรู้สึกซึมเศร้าและประสาทอ่อน นับตั้งแต่สามีเจ็บป่วย ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพนับตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของสามีในปัจจุบัน ($r = .55, p < .01$) และในระยะยาว ($r = .56, p < .01$) ความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลรอบข้างตั้งแต่สามีเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของสามีในปัจจุบัน ($r = .38, p < .05$) ประโยชน์ของครอบครัวปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจัดการกับปัญหาการเงิน ($r = .33, p < .05$) ผลการวิจัยสนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มสมรสและฐานะการเงินของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ สก็อต และคณะ (Scott et al, 1986) และเป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎีที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียดและการปรับตัวของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ว่าเครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ทั้งหมด และไม่มีการรายงานถึงผลการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือไว้ด้วย

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการดูแล ลินด์เกรน (Lindgrain, 1990) ศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 51 ราย โดยการเก็บข้อมูลครั้งเดียวด้วยการตอบแบบสอบถาม แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของมาสลาซ และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค โดยที่แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ มาสลาซ ประกอบด้วย ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค ประกอบด้วย การให้ความรัก การเป็นยันความมีคุณค่าในตนเอง และการช่วยเหลือโดยตรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงและภรรยา มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะเวลาในการดูแลอยู่ระหว่าง 8 เดือน ถึง 40 ปี ระหว่างการดูแลได้รับความช่วยเหลือจาก สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และกลุ่มสมรส ตามลำดับ ผลการวิจัย พบว่า การลดความเป็นบุคคล มีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรัก ($r = -.40, p < .01$) และด้านการเป็นยันความมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.39, p < .01$) ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นยันความมีคุณค่าในตนเอง ($r = .40, p < .01$) และด้านความช่วยเหลือโดยตรง ($r = .33, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จส่วนบุคคล ($r = .37, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความ

เหนื่อยล้าทางอารมณ์ ($r = -.25, p < .05$) ผลการวิจัยนี้แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จะเพิ่มความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคล และลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ จึงเทียบได้กับการลดความเหนื่อยหน่ายต่อการดูแล

บัล (Bull, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ว่าเป็นภาระและสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ๆ แรกหลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียวตามแบบวัดภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต ขนาดของเครือข่ายทางสังคม และภาระในการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ครั้งแรก 55 ราย และครั้งที่ 2 47 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงและคู่สมรส อายุเฉลี่ย 64.2 ปี ขนาดของเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ ($r = -.26, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันหลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน ผู้วิจัย อภิปรายว่า ในช่วง 2 สัปดาห์แรก การปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมเป็นเหตุให้ตระหนักว่า มีผู้เอาใจใส่ตน ความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลจึงลดลง แต่เมื่อเวลานานออกไป ขนาดของเครือข่ายทางสังคมอาจจะมีความสำคัญน้อยกว่าชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความจำเพาะกับปัญหาในระหว่างให้การดูแล ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การวัดปริมาณเครือข่ายทางสังคมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ เนื่องจากจะไม่สามารถประเมินคุณภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมได้ คุณภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมนี้เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่าย และหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะสะท้อนถึงความสอดคล้องระหว่างความต้องการและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจริง (Gibson, 1992) ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า และได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานเนื่องจากความเหนื่อยหน่าย ภาระจากการดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 27 หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ และร้อยละ 17 หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน แสดงว่าระยะเวลาในการดูแลที่นานขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นตาม

โรบินสัน (Robinson, 1990b) ศึกษาตัวทำนายภาระจากการดูแลของภรรยาซึ่งดูแลสามีเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ตัวทำนายตัวหนึ่ง คือ แรงสนับสนุนทางสังคม จากการเก็บข้อมูลครั้งเดียว ด้วยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 ราย จากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำโดยตรง การช่วยเหลือด้านร่างกาย และการให้ความรัก ส่วนแบบวัดภาระในการดูแล ประกอบด้วย ภาระเชิงวัตถุวิสัย และภาวะเชิงจิตวิสัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 67.5 ปี ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4 ปี 10 เดือน ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลเฉลี่ย 8.8 ชั่วโมงต่อวัน พบว่า การให้คำแนะนำโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ

เชิงวัตถุวิสัย ($r = -.30, p < .01$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการระในการดูแลทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ผู้วิจัยในเรื่องนี้อภิปรายถึงผลที่ได้ไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม โอไบรน์ (O'Brien, 1990) ได้ให้ความเห็นถึงผลที่ได้ว่า แม้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการระในการดูแล มิได้หมายความว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสำคัญในการบรรเทาความรู้สึกเป็นภาระ แต่ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะต้องมีความจำเพาะเฉพาะด้านที่สัมพันธ์กับปัญหาในระหว่างให้การดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ ต้องการ ทักษะ พฤติกรรมและความรู้ที่ไม่สามารถหาได้จากประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการแนะนำ จึงอาจจะลดภาระเชิงวัตถุวิสัยลงได้ การวิจัยในเรื่องนี้มีความสอดคล้องกับการวิจัยข้างต้นเพียงส่วนหนึ่ง

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยข้างต้น สนับสนุนว่า สมาชิกในครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้านข้อมูล อาหาร บำบัด และการประเมิน โดยเฉพาะด้านบริการ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้โอกาสในการละจากการดูแลผู้ป่วยบ้าง นอกจากนี้ ยังสนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกเป็นภาระ และความเหนื่อยหน่ายจากการดูแล รวมถึง ส่งเสริมประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียด และการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล กล่าวได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ได้แก่ ความต้องการในการดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

วอลฮาเกน (Wallhagen, 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลกับอารมณ์ซึมเศร้า และความเครียดเชิงจิตวิสัย จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 60 รายโดยเก็บข้อมูลพร้อมกันครั้งเดียวด้วยการตอบแบบสอบถาม อารมณ์ซึมเศร้า ความเครียดเชิงจิตวิสัย และความต้องการในการดูแล ซึ่งความต้องการในการดูแล ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย กิจกรรมทั่วไปเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย ความต้องการส่วนบุคคลเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นคู่สมรสและญาติ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลต่ำกว่า 12 ปี พบว่า ความต้องการในการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์ซึมเศร้า ($r = .38, p < .001$) และความเครียดเชิงจิตวิสัย ($r = .13, p < .01$) ในส่วนของความต้องการรายย่อยพบว่า อารมณ์ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการส่วนบุคคลเชิงจิตวิสัย ($r = .40, p < .001$) กิจกรรมทั่วไปเชิงจิตวิสัย ($r = .29, p < .05$)

และความเครียดเชิงจิตวิสัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทั่วไปเชิงจิตวิสัย ($r = .21$, $p < .05$) เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้มาจาก กลุ่มสนับสนุน (support group) ศูนย์ดูแลกลางวัน การให้บริการดูแลที่บ้านและคลินิก หรือโปรแกรมเฉพาะโรค จะเห็นได้ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นทางการแล้วทั้งสิ้น ดังนั้น การตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลอาจจะต่างไปจากกลุ่มผู้ดูแลอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเช่นนี้ได้ จึงมีความจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยกับการะในการดูแล แคร์รี่และคณะ (Carey et al, 1991) ศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 49 ราย พบว่าระดับการพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการะในการดูแล ($r = .68$, $p < .01$) ในทำนองเดียวกัน มอนโกเมอรีและคณะ (Montgomery et al, 1985) ศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 80 ราย พบว่า กิจกรรมการดูแล มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการะเชิงจิตวิสัย ($r = .45$, $p < .05$) ส่วนชีแฮนและนัททัล (Sheehan & Nuttal, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 98 ราย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกเช่นกัน ($r = .28$, $p < .01$) กล่าวได้ว่า ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแล และร้อยละของการดูแล สะท้อนถึงความต้องการในการดูแลทั้งสิ้น ซึ่งทั้งหมดให้ผลในทำนองเดียวกัน คือ ความต้องการในการดูแลที่เพิ่มขึ้น ความเครียดของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นตามด้วย นอกจากสิ่งเร้าด้านความต้องการในการดูแลแล้ว ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการประเมินสถานการณ์ของการดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ไม่ปรากฏว่ามีรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล แต่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความผิดปกติทางอารมณ์ (mood dysfunction) เนื่องจากความผิดปกติทางอารมณ์เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด จึงสามารถอ้างอิงมายังความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ ซึ่งแคร์รี่และคณะ (Carey et al, 1991) ศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 47 ราย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลพร้อมกันในเรื่องเดียวด้วยการตอบแบบสอบถาม การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และแบบวัดความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า ความผิดปกติทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ

ประเมินสถานการณ์ในทางลบ (อันตราย-สูญเสีย หรือคุกคาม) ($r = .43, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการประเมินสถานการณ์ในทางบวก ได้แก่ ท้าทาย ($r = -.43, p < .01$) และมีผลดี ($r = -.43, p < .001$) ในทำนองที่คล้ายคลึงกันกับของแคแรย์และคณะ โอเบิร์ตส (Oberst, 1991) ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 240 ราย และใช้เครื่องมือชุดเดียวกันกับของแคแรย์และคณะ โดยมีการปรับแบบประเมินสถานการณ์ของการดูแลเป็น คุกคาม ความเครียด และมีผลดี พบว่า ความแปรปรวนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม ($r = .60, p < .05$) เป็นความเครียด ($r = .48, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ($r = -.13, p < .05$) ผลการวิจัยทั้ง 2 เรื่องสนับสนุนว่า ผู้ดูแลที่ประเมินสถานการณ์ของการดูแลไปในทางลบ จะมีความผันแปรทางอารมณ์มาก ส่วนผู้ดูแลที่ประเมินสถานการณ์ของการดูแลไปในทางบวก จะมีความผันแปรทางอารมณ์น้อย

กล่าวโดยสรุป การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สนับสนุนว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลชัดเจน และต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม สิ่งเร้าด้าน เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ส่วนปัจจัยด้าน เศรษฐฐานะทางสังคม และความต้องการในการดูแล จะส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล โดยที่ เศรษฐฐานะทางสังคม มีผลให้ผู้ดูแล ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียดน้อย ในขณะที่ความต้องการในการดูแล มีผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามและเป็นความเครียดมากขึ้น การประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีอิทธิพลต่อการมีปฏิริยาตอบสนองต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยที่การประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม และเป็นความเครียด จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการตอบสนองต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ส่วนการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการตอบสนองต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลน้อยลง นอกจากนี้ เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย จะส่งผลให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลน้อยลง แรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับความเครียด และการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล ส่วนความต้องการในการดูแล จะทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงการออกแบบวิจัยของการวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทั้งหมดเป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ทั้งสิ้น ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลพร้อมกันครั้งเดียว ผลการวิจัยจะให้คำตอบเพียงอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพ

ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล แต่ไม่สามารถตัดสินใจในเชิงเหตุผลได้แน่ชัดว่า ตัวแปรใด เป็นตัวแปรสาเหตุ และตัวแปรใดเป็นตัวแปรผล จึงไม่สามารถทราบได้ว่า ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเกิดขึ้นได้อย่างไร การวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เป็นการพัฒนาความรู้ขึ้นมามีอีกระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นระดับของการทำนายปรากฏการณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งมีประโยชน์ในการทำนายและควบคุมความเครียด ในบทบาทของผู้ดูแลของผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงได้ปรับการออกแบบวิจัยเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในแบบจำลองที่สร้างขึ้น โดยการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ครั้งแรก เป็นการเก็บข้อมูลตัวแปรสาเหตุทั้งหมดก่อน ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ครั้งที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลตัวแปรผล ได้แก่ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในตอนที่ 3 เพื่อช่วยให้ทิศทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลในลักษณะของเหตุต้องเกิดก่อนผล มีความชัดเจนขึ้น แม้ว่าการออกแบบวิจัยนี้ จะไม่สมบูรณ์เท่ากับการวิจัยเชิงทดลองเนื่องจากไม่สามารถจัดกระทำกับตัวแปรสาเหตุได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรสาเหตุที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถจัดกระทำทำได้โดยตรง การศึกษาปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของความเป็นจริงด้วยการออกแบบวิจัยนี้ จึงน่าจะมีความเหมาะสม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นเพื่อทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแล

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นภรรยาที่ผู้ป่วยเรื้อรังมารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี ประสาท พระมงกุฎเกล้า จุฬาลงกรณ์และวชิรพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 104 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้ได้จากหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์การถดถอย (Biddle & Martin, 1987) ได้แก่

$$\begin{aligned} N &\geq 10 \text{ (จำนวนตัวแปร + 2)} \\ &\geq 10 (8 + 2) \\ &\geq 10 \times 10 \\ &\geq 100 \end{aligned}$$

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. เป็นภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังโรคสมองหรือไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดในสมองและพาร์กินสัน โดยผู้ป่วยดังกล่าวจะต้องเข้าเกณฑ์ของผู้ป่วยเรื้อรังดังนี้ (Lambert & Lambert, 1987)

- 1.1 พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถดีขึ้นได้
- 1.2 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร
- 1.3 มีความพิการปรากฏ
- 1.4 ต้องการการฟื้นฟูเป็นพิเศษ
- 1.5 ต้องการการดูแล สังเกต และติดตามเป็นระยะเวลานาน

2. เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่ที่บ้าน

3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจะต้องไม่ต่ำกว่า 3 สัปดาห์ เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าระยะเวลา 3 สัปดาห์นานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และเพียงพอต่อการรับรู้เชิงจิตวิสัยในด้านความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ศาสนา ระยะเวลาของการสมรส ลักษณะของครอบครัว จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการเงิน สถานภาพอาชีพ สุขภาพทั่วไป โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลสามี ระยะเวลาในการดูแลสามี และผู้ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ในระหว่างสามีเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับการพึ่งพา ความสามารถในการคิดและสื่อสาร ค่าใช้จ่ายในการรักษา

ข้อมูลพื้นฐานนี้แสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กับ เศรษฐฐานะทางสังคม ความต้องการในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (ดังแสดงในภาพผนวก ค.)

2. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) สร้างโดยสเปนเยร์ (Spanier, 1976) เพื่อใช้ประเมินคุณภาพของชีวิตสมรสและความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่นิยมแพร่หลายในการวิจัยเกี่ยวกับชีวิตสมรส (Spanier & Thompson, 1982) แบบวัดชุดนี้แต่เดิมมีข้อความทั้งหมด 32 ข้อ ผู้วิจัยได้ตัดออก 4 ข้อ เนื่องจาก 3 ข้อแรก ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย ซึ่งถามเกี่ยวกับ การจับคู่สมรส ปรากฏชีวิต และเป้าหมายหรือสิ่งที่เชื่อว่าเป็นสำคัญ ส่วนข้อ 4 ถามถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในอนาคต แต่การวิจัยครั้งนี้เน้นเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยเท่านั้น ดังนั้นแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีข้อความ 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ (ดังแสดงในภาคผนวก ง.)

- 1) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (dyadic consensus)
- 2) ความพึงพอใจในคู่สมรส (dyadic satisfaction)

3) ความกลมเกลียวของคู่สมรส (dyadic cohesion)

ลักษณะคำตอบในหมวดนี้แต่เดิมเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก 0 = ไม่เคยเลย 1 = น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน 2 = 1-2 ครั้ง/เดือน 3 = 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 4 = 1 ครั้ง/วัน และ 5 มากกว่า 1 ครั้ง/วัน จากการทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า บากในการตอบเนื่องจากแต่ละคนมีประสบการณ์ที่ต่างกันไป ผู้วิจัยจึงปรับคำตอบเพื่อให้ง่ายขึ้น โดยที่ 0 = ไม่เคยเลย 1 = นาน ๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = บ่อย 4 = เกือบสม่ำเสมอ และ 5 = สม่ำเสมอ

4) การแสดงความรัก (affectional expression)

ลักษณะคำตอบในข้อ 26 และข้อ 27 แต่เดิมต่างไปจากหมวดอื่น ๆ โดยมีคำตอบให้เลือกเพียง 2 ระดับ คือ 0 = ใช่ และ 1 = ไม่ใช่ ผู้วิจัยจึงปรับคำตอบเพื่อให้เป็นอัตราส่วนประมาณค่าเช่นเดียวกับหมวดอื่นๆ โดยที่ 0 = ไม่เคยเลย 1 = นาน ๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = บ่อย 4 = เกือบสม่ำเสมอ และ 5 = สม่ำเสมอ

คะแนนรวมของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0 - 140 คะแนน คะแนนต่ำ แสดงว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี คะแนนสูง แสดงว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี

แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้เทคนิคการรู้คุณลักษณะของกลุ่ม (known group technique) ความตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) และการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) (Spanier, 1976)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดชุดนี้ โดยใช้เทคนิคการรู้คุณลักษณะของกลุ่มได้จากการนำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 218 ราย และสถานภาพสมรสหย่า จำนวน 94 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของแบบวัดทั้งชุดมีความแตกต่างกันในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ ($\bar{x} = 114.8$) และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหย่า ($\bar{x} = 70.7$) ($p < .001$)

ความตรงตามเกณฑ์ของแบบวัดชุดนี้ ได้จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดการปรับตัวในชีวิตแต่งงานของล็อกเก้-วอลเลซ (Locke-Wallace Marital Adjustment scale) ได้ค่าความสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ = .88 และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหย่า = .86 ($p < .001$)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า มี 3 องค์ประกอบที่เป็นไปตามสมมุติฐานขององค์ประกอบในการปรับตัวของคู่สมรส ได้แก่ ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจใน

คู่สมรส และความกลมเกลียวของคู่สมรส ยกเว้น การแสดงความรัก แบบวัดชุดนี้จึงมีความตรงเชิงโครงสร้างเพียงบางส่วน

การหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด = .96 ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส = .90 ความพึงพอใจในคู่สมรส = .94 ความกลมเกลียวของคู่สมรส = .86 และการแสดงความรัก = .73

ผู้วิจัยได้แปลแบบวัดชุดนี้เป็นภาษาไทย แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากผู้ชำนาญการเรื่องครอบครัว จำนวน 4 ท่าน เกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินแต่ละข้อคำถามจะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ชำนาญการไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ปรากฏว่าผู้ชำนาญการมีความเห็นพ้องกันว่า ข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และให้คำแนะนำในการปรับปรุงภาษาบางข้อคำถามเพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามการแนะนำดังกล่าว

หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ทดสอบความคงที่ของแบบวัดชุดนี้ด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest) กับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดในสมอง และไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์ = .76 ($p < .01$)

หลังการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 104 ราย แล้วหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด = .97 ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส = .90 ความพึงพอใจในคู่สมรส = .88 ความกลมเกลียวของคู่สมรส = .88 และการแสดงความรัก = .87

3. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire) สร้างโดย แบรินท์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งมี 2 ส่วนด้วยกัน ส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลซึ่งระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ แหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือนั้น ส่วนที่ 2 เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน พบว่าเนื้อหาส่วนใหญ่มีความซ้ำซ้อนกัน จึงเลือกใช้เฉพาะส่วนที่ 2 เท่านั้น เนื่องจากเป็นการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมหลายมิติ และเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในทฤษฎีการปรับตัวของรอยซึ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (interdependence) (Roy, 1984)

แบบสอบถามแหล่งประโยชน์บุคคลส่วนที่ 2 นี้ มีข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้านดังนี้ (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

- 1) การได้รับความรักและความผูกพัน
- 2) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
- 3) การเชื่อประโยชน์ต่อผู้อื่น
- 4) การได้รับการยืนยันความมีคุณค่าในตนเอง
- 5) การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดชุดนี้ เป็นอัตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างมากถึง 7 เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง 25-175 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ แสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

แบบสอบถามชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดสอบความตรงตามการทำนาย (predictive validity) ความตรงตามความพ้อง (concurrent validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

การทดสอบความตรงตามการทำนาย แบรินท์ และ ไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981) ใช้เครื่องมือดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning Index) และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) เฉพาะหมวดความเห็นพ้องกันของคู่สมรสและความพึงพอใจในคู่สมรส เป็นตัวเกณฑ์ในการทดสอบกับคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 149 ราย พบว่า แบบวัดชุดนี้ มีความสัมพันธ์กับดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = .44, p < .001$) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ($r = .30, p < .001$) และความพึงพอใจในคู่สมรส ($r = .41, p < .001$) จึงสนับสนุนว่า แบบวัดนี้ สามารถทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้

กิบสันและไวเนิร์ต (Gibson & Weinert, 1989) รายงานผลการตรวจสอบความตรงตามความพ้องของแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอื่น ๆ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่าแบบวัดชุดนี้มีความสัมพันธ์กับแบบประเมินแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal Support Evaluation List) ($r = .74, p < .001$) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale) ($r = .50, p < .01$) และพฤติกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม (Inventory of Social Support Behavior) ($r = .40, p < .001$)

ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ ไวเนิร์ต (Weinert, 1987) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Inventory) และแบบวัดความวิตกกังวล (Trait Anxiety Scale) จากกลุ่มตัวอย่าง 121 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์ =

-.42 และ $= -.37$ ($p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามทฤษฎี จึงสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้

ความเชื่อมั่นของแบบวัดชุดนี้ ไวเนอร์ท (Weinert, 1987) รายงานผลการใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด $= .89$ ความรักและความผูกพัน $= .73$ การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม $= .66$ การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น $= .64$ การได้รับการยืนยันความมีคุณค่าในตนเอง $= .78$ และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ $= .71$

แบบวัดชุดนี้ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด $= .85$ ร่วมกับการหาความคงที่ของแบบวัดด้วยการทดสอบซ้ำกับกลุ่มนักศึกษาเทคนิคปีที่ 1 จำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ $= .62$ จากนั้นได้รับภาษาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นแล้วนำไปให้พยาบาลผู้ชำนาญการ 2 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้งหนึ่งท้ายสุดได้หาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด $= .90$

ผู้วิจัยได้ทดสอบความคงที่ของแบบวัดชุดนี้ด้วยการทดสอบซ้ำกับบรรดาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดในสมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ จำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ได้ค่าความสัมพันธ์ $.65$ ($p < .05$)

จากการทดลองใช้แบบวัดชุดนี้ ผู้วิจัยพบว่า บางข้อคำถามกลุ่มตัวอย่างรู้สึกยากในการตอบ จึงได้ปรับบางข้อคำถามให้ง่ายขึ้น เช่น ในข้อ 2 จากเดิมที่ว่า ฉันรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญในกลุ่ม ปรับเป็น ฉันรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญกับคนรอบข้าง ข้อ 20 จากเดิมที่ว่า ฉันมีคนที่จะร่วมงานสังคมและงานรื่นเริงต่าง ๆ ปรับเป็น ฉันมีคนที่จะร่วมไปไหนมาไหนด้วยได้

หลังการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 104 ราย แล้วหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด $= .91$ การได้รับความรักและความผูกพัน หลังจากตัดข้อ 12 ที่ว่า ฉันมีโอกาสสนับสนุนให้ผู้อื่นเจริญก้าวหน้า ค่าความเชื่อมั่นจากเดิม $= .72$ เพิ่มขึ้นเป็น $= .74$ การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม หลังจากตัดข้อ 4 ที่ว่า ฉันไม่สามารถฟังญาติหรือเพื่อนฝูงได้เวลามีปัญหา ค่าความเชื่อมั่นจากเดิม $= .65$ เพิ่มขึ้นเป็น $.67$ การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น $= .82$ การได้รับการยืนยันความมีคุณค่าในตนเอง $= .73$ และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ $= .83$

4. แบบวัดความต้องการในการดูแล (Caregiving Demand Scale) สร้างโดยโอเบิร์ต และคณะ (Oberst et al. 1989) เพื่อใช้วัดความต้องการในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน แบบวัดความต้องการในการดูแลนี้เป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดภาระในการดูแล (Caregiving Burden Scale) ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล จากการทดสอบแบบวัดชุดนี้ โอเบิร์ต (Oberst, 1991) รายงานว่าทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันสูง จึงเสนอแนะว่า ควรแยกใช้เพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะความต้องการในการดูแล เนื่องจากตรงกับความสนใจและสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นที่ศึกษา ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์ของการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล แบบวัดความต้องการในการดูแลนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดชุดนี้เป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งเป็นการประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม จาก 1 ไม่ต้องการในการดูแลเลย ถึง 5 ต้องการในการดูแลมากที่สุด คะแนนของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความต้องการในการดูแลน้อย คะแนนสูง แสดงว่า มีความต้องการในการดูแลมาก

แบบวัดชุดนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 240 ราย ได้องค์ประกอบทั้งที่กำหนดคือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป น้ำหนักรายชื่อของแต่ละตัวประกอบ (loading) มีค่ามากกว่า .49 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเท่ากับ .56, .64 และ .50 ตามลำดับ ทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 57 การหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด = .88 การดูแลโดยตรง = .78 การดูแลระหว่างบุคคล = .71 และการดูแลทั่วไป = .83 (Oberst, 1991)

ผู้วิจัยได้แปลแบบวัดชุดนี้เป็นภาษาไทย และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 4 ท่าน เกณฑ์ในการพิจารณาแต่ละข้อคำถามจะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ชำนาญการไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ผู้ชำนาญการทั้งหมดเห็นว่าสาระในข้อคำถามเหมาะสมในการประเมินความต้องการในการดูแล ส่วนหนึ่งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงภาษาที่ใช้และเพิ่มเติมรายละเอียดบางส่วนเพื่อให้มีความชัดเจน และสอดคล้องกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตในสังคมไทย ผู้วิจัยนำคำแนะนำเหล่านี้มาพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามบางส่วน

หลังจากเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 104 ราย แล้วหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งหมด = .77 การดูแลโดยตรง = .69 การดูแลระหว่างบุคคลหลังจากตัดข้อ 13 ออก ที่ว่า การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น การทำพิธีกรรมทางศาสนา แสวงหาแหล่งการรักษาอื่น ๆ ค่าความเชื่อมั่นจากเดิม = .67 เพิ่มขึ้นเป็น .72 การดูแลทั่วไป = .71 การหาความคงที่ของแบบวัดชุดนี้ด้วยการทดสอบซ้ำ ระยะห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ = .68 ($p < .001$)

5.แบบประเมินสถานการณ์ของการดูแล (Appraisal of Caregiving Scale) สร้างโดยโอเบิร์ต (Oberst, 1991) เพื่อใช้ประเมินสถานการณ์ของการดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ข้อคำถามของแบบวัดชุดนี้ประเมินเกี่ยวกับ 1) งานและความรับผิดชอบในฐานะผู้ดูแล 2) สัมพันธภาพและการสนับสนุนของบุคคล 3) แบบแผนชีวิต 4) สุขภาพกายและจิต 5) ผลกระทบทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 หมวดคือ คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี (ดังแสดงในภาคผนวก จ.)

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดชุดนี้เป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากเดิม 1 = ไม่จริงเลย 2 = ไม่จริงมากกว่าจริง 3 = จริงและไม่จริงเท่ากัน 4 = จริงมากกว่าไม่จริง 5 = จริงมาก จากการทดลองใช้กับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ข้อคำถามทำให้เกิดความสับสนในการตอบ จึงปรับข้อคำถามให้ง่ายขึ้น เป็น 1 = ไม่จริงเลย 2 = จริงน้อย 3 = จริงปานกลาง 4 = จริงมาก 5 = จริงมากที่สุด คะแนนการประเมินแต่ละหมวดจะแยกจากกัน คะแนนสูง แสดงว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดีมาก คะแนนต่ำ แสดงว่า คุกคามเป็นความเครียด และมีผลดีน้อย

แบบวัดชุดนี้ โอเบิร์ต (Oberst, 1991) ได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 ราย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับปัจจัยด้านผู้ดูแลตามโครงสร้างของทฤษฎี ได้แก่ ความเข้มแข็งของครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ สุขภาพของผู้ดูแลภาระในการดูแล การพึ่งพาของผู้ป่วย และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พบว่า ทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานทางทฤษฎี กล่าวคือ การประเมินว่า คุกคาม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = -.29, p < .05$) ฐานะทางเศรษฐกิจ ($r = -.20, p < .05$) และสุขภาพของผู้ดูแล ($r = -.29, p < .05$) ส่วนการประเมินว่า เป็นความเครียด ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วนโดยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = -.36, p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ดูแล นอกจากนี้ การ

ประเมินว่า คุณภาพ และ เป็นความเครียดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความต้องการในการดูแล ($r = .39$, $r = .20$, $p < .05$) ความยากลำบากในการดูแล ($r = -.58$, $r = .35$, $p < .05$) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ($r = .13$, $r = .28$, $p < .05$) และการพึ่งพาของผู้ป่วย ($r = .18$, $r = .21$; $p < .05$) ท้ายสุดเป็นการประเมินอิทธิพลของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลต่อความผันแปรทางอารมณ์ พบว่า การประเมินว่า คุณภาพ และ เป็นความเครียด มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความผันแปรทางอารมณ์ ($r = -.13$, $p < .05$)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าทั้ง 3 องค์ประกอบได้แก่ คุณภาพเป็นความเครียด และมีผลดี สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 43.8 การหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของการประเมินว่า คุณภาพ = .90 เป็นความเครียด = .73 และมีผลดี = .74 (Oberst, 1991)

ผู้วิจัยได้แปลแบบวัดชุดนี้เป็นภาษาไทย และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากพยาบาลผู้ชำนาญการเรื่องความเครียด จำนวน 4 ท่าน เกณฑ์ในการพิจารณาแต่ละข้อคำถามจะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ชำนาญการไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ปรากฏว่าผู้ชำนาญการทั้งหมดเห็นด้วยกับข้อคำถามในแบบวัด แต่มีข้อเสนอแนะในการปรับภาษาที่ใช้ในบางข้อคำถามเพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามการเสนอแนะดังกล่าว

หลังการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 104 ราย แล้วหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ของการประเมินว่า คุณภาพ = .90 ความเครียด = .82 มีผลดี = .68 ร่วมกับการทดสอบความคงที่ของแบบวัดด้วยการทดสอบซ้ำ ระยะเวลาห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ = .88 ($p < .001$)

6. แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง แหล่งที่มาของข้อคำถามสังเคราะห์จากงานวิจัยเชิงพรรณนา (Clark & Rakowski, 1983; Hirschfeld, 1983; Sexton & Munro, 1985; Pratt, 1985; Bower, 1987) กรณีศึกษา (Goldstein et al, 1981; Hough et al, 1991) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์ (Wood, 1991) และดัชนีความเครียดในบทบาท (Role strain Index) (Whittset & Land, 1992)

แบบวัดที่สร้างขึ้นนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในบทบาททั้งด้านการกระทำและการแสดงออกถึงความรู้สึก รวมทั้งหมด 38 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 หมวดได้แก่ การมีบทบาทมากเกินไป ความคลุมเคลือในบทบาท และ ความขัดแย้งในบทบาท (ดังแสดงในภาคผนวก ข.)

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดชุดนี้เป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ไม่จริงเลย ถึง 5 จริงมากที่สุด คะแนนของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง 38-190 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความเครียดในบทบาทมาก คะแนนต่ำแสดงว่า มีความเครียดในบทบาทน้อย

เริ่มแรกของการสร้างแบบวัดชุดนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 3 ราย ร่วมกับการสัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงความรู้สึกลึกต่าง ๆ ในระหว่างดูแลสามี แล้วจึงทำการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อมูลที่ได้จากภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากผู้ชำนาญการในทฤษฎีบทบาท จำนวน 7 ท่าน เกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินแต่ละข้อคำถามจะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ชำนาญการไม่น้อยกว่า 5 ใน 7 ผู้ชำนาญการส่วนหนึ่งให้ข้อคิดเห็นว่า บางข้อคำถามมีความซ้ำซ้อนและเสนอแนะให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ในบางข้อคำถาม ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งหมดเป็นแนวทางในการปรับปรุงข้อคำถาม จึงเหลือข้อคำถาม 38 ข้อ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 5 ราย แล้วนำผลมาปรับปรุงบางข้อคำถามอีกครั้งหนึ่ง

หลังจากเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จำนวน 104 ราย แล้วหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุด = .90 การมีบทบาทมากเกินไป = .83 ความขัดแย้งในบทบาท = .89 และความคลุมเคลือในบทบาท = .86 ร่วมกับการทดสอบความคงที่ของแบบวัดด้วยการทดสอบซ้ำ ระยะเวลาห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ = .86 ($p < .001$)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากภรรยาซึ่งพาผู้ป่วยเรื้อรังมารับการตรวจรักษาในคลินิกประสาท ตึกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี ประสาท พระมงกุฎเกล้า จุฬาลงกรณ์ และ วชิรพยาบาล ถ้าภรรยาไม่ได้มาพร้อมกับผู้ป่วย หากสอบถามจากผู้ที่มาซึ่งทั้งหมดเป็นบุตรแล้ว พบว่า ภรรยาเป็นผู้ดูแล และบุตรไม่จัดช่องที่จะให้ไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ผู้วิจัยจะขอที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์เพื่อไปพบกลุ่มตัวอย่างต่อไป

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัยตามรายละเอียดในแบบฟอร์มการอธิบายและยินยอมเข้าร่วมวิจัย (ดังแสดงในภาคผนวก ข) จากนั้น สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความพร้อมในการตอบแบบสอบถามในวันนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังไม่พร้อมเนื่องจากต้องรีบกลับ ผู้วิจัยจะขอที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ไว้

พร้อมกับนัดหมายที่จะไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านต่อไป ถ้ากลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะให้ข้อมูลในวันนั้น ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังบริเวณที่สามารถตอบแบบสอบถามได้สะดวก หรือนำไปยังสถานที่ซึ่งจัดเตรียมไว้เพื่อให้มีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามครั้งแรก เริ่มจากข้อมูลพื้นฐาน ตามด้วย ความต้องการในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลตามลำดับการจัดลำดับในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยพิจารณาตามรายละเอียดของข้อความที่อาจจะคุกคามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการตอบน้อยที่สุดเป็นลำดับ หลังจากอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแล้ว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะถามความสมัครใจว่าจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือให้สัมภาษณ์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะให้อิสระในการตอบโดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถซักถามได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบข้อความ หากพบว่ามีข้อใดที่ยังไม่ได้ตอบ จะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบสมบูรณ์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือสมัครใจที่จะให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ตามข้อความในแบบสอบถาม ระยะเวลาในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 50-90 นาที ผู้วิจัยตระหนักว่าระยะเวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างนาน ความเหนื่อยล้าจากการตอบข้อความอาจจะส่งผลต่อคำตอบได้ ดังนั้น เมื่อการสัมภาษณ์ในแต่ละชุดของแบบสอบถามสิ้นสุดลง ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในเรื่องอื่น ๆ ตามความเหมาะสม เพื่อเป็นการผ่อนคลายกลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถามชุดต่อไป

เมื่อการตอบแบบสอบถามครั้งแรกสิ้นสุดลง ผู้วิจัยได้ปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดหมายการตอบแบบสอบถามครั้งต่อไปซึ่งห่างจากครั้งแรก 1 เดือน การนัดหมายครั้งที่ 2 นี้เป็นการตอบแบบสอบถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การนัดหมายตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ผู้วิจัยคำนึงถึงความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ในรายที่ต้องพาผู้ช่วยมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดในเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยได้นัดการตอบแบบสอบถามพร้อมกันในวันนั้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์นัดเกินกว่า 1 เดือน ผู้วิจัยเป็นผู้ไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 อยู่ระหว่าง 30-45 นาที และห่างจากการตอบแบบสอบถามครั้งแรกอยู่ระหว่าง 28-35 วัน เมื่อการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายแสดงความขอบคุณไปยังกลุ่มตัวอย่างทุกราย

จากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนทั้ง 2 ครั้ง มีจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.51 ส่วนอีก 6 รายหรือร้อยละ

5.45 ไม่สามารถเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 1 รายเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดในสมองเช่นกัน อีก 1 ราย ผู้ป่วยถึงแก่กรรม ที่เหลือ 3 รายไม่มาติดตามการรักษาซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ส่วนรายสุดท้าย ถูกติรับไปรักษาแผนโบราณที่ต่างจังหวัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้ข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 104 รายนี้ 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.27 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ มีเพียง 7 รายคิดเป็นร้อยละ 6.73 ที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในจำนวน 104 รายนี้มี 32 รายคิดเป็นร้อยละ 30.77 ที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทั้ง 2 ครั้ง อีก 67 รายคิดเป็นร้อยละ 64.42 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ที่บ้าน ส่วนอีก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 เก็บข้อมูลทั้ง 2 ครั้งที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (path analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (multiple regression analysis) เป็นพื้นฐาน ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุและการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล มีดังนี้ (ธวัชชัย วรพงศ์ธร, 2530)

1. ตัวแปรในแบบจำลอง ต้องมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์เป็นแบบเชิงเส้น (linear) ในรูปของผลรวมกัน (additive) และเป็นเหตุเป็นผลกัน (causal)
3. ความแปรปรวน (variance) ของตัวแปรตามในทุกค่าของตัวแปรอิสระจะต้องเท่ากัน (homoscedasticity)
4. ตัวแปรความคลาดเคลื่อน (residual) จะต้องมีการกระจายแบบปกติ ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ ทั้ง exogeneous, endogeneous และตัวแปรความคลาดเคลื่อนด้วยตนเอง
5. ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้องเป็นทิศทางเดียวกันตลอดทั้งหมด
6. ตัวแปรทั้งหมดในแบบจำลอง ต้องมีสเกลการวัดเป็นแบบช่วง (interval scale) ทั้งหมด

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลเป็นหลักในการสร้างแบบจำลองโดยทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเป็นไปในเชิงสาเหตุและมีทิศทางเดียวกันทั้งหมด และเครื่องมือในการวิจัยมีระดับการวัดเป็น

แบบช่วงทั้งสิ้น นอกจากนี้ ก่อนการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ได้ตรวจสอบคุณลักษณะของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุ และการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลหรือไม่ซึ่งปรากฏผลดังนี้

1. ตัวแปรทุกตัวในแบบจำลองที่สร้างขึ้น มีลักษณะการกระจายปกติ ยกเว้นเศรษฐกิจฐานะทางสังคม มีลักษณะการกระจายเบ้ขวา (skewness = 2.61) ผู้วิจัยจึงปรับข้อมูลโดยใช้วิธีล็อก (log transformation) ทำให้ข้อมูลมีลักษณะการกระจายปกติ (skewness = .26) อย่างไรก็ตามการอธิบายผลของเศรษฐกิจฐานะทางสังคมในรูปสมการถดถอย จำเป็นต้องปรับข้อมูลโดยใช้วิธีแอนตี้ล็อก (ante log transformation) เพื่อให้ได้ค่าที่ตรงกับความเป็นจริง
2. ตัวแปรอิสระในแบบจำลองที่สร้างขึ้น พบว่าตัวแปรคุกคาม และความเครียด มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) ดังจะเห็นได้จากค่าความสัมพันธ์ = .75 ($p < .001$) ส่วนตัวแปรอิสระอื่น ๆ มีระดับความสัมพันธ์ระหว่าง .26-.45 (ตารางที่ 8) จึงไม่มีปัญหาของความสัมพันธ์กันเอง
3. การพล็อตกราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระแต่ละตัว ปรากฏความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
4. การทดสอบอิทธิพลของตัวแปรความคลาดเคลื่อนต่อตัวแปรในแบบจำลอง ด้วยการพล็อตกราฟค่าความคลาดเคลื่อน ปรากฏลักษณะการกระจายของข้อมูลเชิงเส้นตรง
5. การพล็อตฮิสโตแกรม (histogram) และ แสคเตอร์แกรม (scatter-gram) จากค่าความคลาดเคลื่อน ปรากฏลักษณะการกระจายแบบปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนอยู่ระหว่าง ± 2.5 ของทุกตัวแปร และไม่ปรากฏลักษณะของความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation)

การทดสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองตามสมมุติฐานการวิจัย กำหนดให้ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิจารณาคัดเส้นทางความสัมพันธ์ในแบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น

เนื่องจากแบบจำลองที่สร้างขึ้นอยู่บนพื้นฐานการสนับสนุนทางทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์พิจารณาการมีความหมายของเส้นทางความสัมพันธ์เป็นหลัก โดยกำหนดให้เส้นทางความสัมพันธ์มีความหมายเมื่อสัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐาน (standardize partial coefficient = B) มีค่า $\geq .05$ โดยไม่คำนึงว่า จะมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

ดังนั้นผู้วิจัยจะคงเส้นทางไว้เมื่อค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐาน มีค่า $\geq .05$ แต่ถ้าสัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐานน้อยกว่า .05 แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะตัดเส้นทางความสัมพันธ์นั้น เนื่องจากถือว่า เป็นค่าที่ไม่มีความหมาย และไม่มากพอต่อการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์นั้น (ธวัชชัย วรพงศ์ธร, 2530; Pedhazur, 1982)



ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การทดสอบแบบจำลองแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากสมมุติฐานทั้งหมด 10 ข้อ ร่วมกับการศึกษาอิทธิพลของเศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลตามลำดับ การเสนอผลการวิจัยเริ่มจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาแต่ละตัวแปร ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการทดสอบสมมุติฐาน การอภิปรายผลการวิจัย และประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิธีการวิจัยตามลำดับ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาซึ่งทำหน้าที่ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง สมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บและพาร์กินสัน จำนวน 104 ราย มีช่วงอายุระหว่าง 25-80 ปี เฉลี่ย 50.9 ปี เกือบทั้งหมดคือร้อยละ 97.12 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เกษียณอายุและเป็นแม่บ้านมีร้อยละ 30.77 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวถึงร้อยละ 88.46 จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 2-7 คน เฉลี่ย 4.7 คน ร้อยละ 69.23 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ระยะเวลาของการสมรสอยู่ระหว่าง 6 เดือน-60 ปี เฉลี่ย 26.36 ปี ร้อยละ 42.31 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 1,001-5,000 บาท เกือบ 3 ใน 4 หรือร้อยละ 73.07 มีสถานภาพการเงินไม่มั่นคง (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.58 ประเมินสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรง อย่างไรก็ตามครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง หรือร้อยละ 50.96 มีโรคประจำตัว โรคที่พบ 5 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง กระดูกสันหลังและข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน ปวดศีรษะและไมเกรน ภูมิแพ้ ที่น่าสนใจคือ ร้อยละ 76.92 มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลสามีที่พบบ่อยตามลำดับคือ อ่อนเพลีย และไม่มีแรง นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ และหายใจไม่เต็มอิ่ม ส่วนระยะเวลาในการดูแลอยู่ระหว่าง 3 สัปดาห์ - 13 ปี เฉลี่ย 28.53 เดือน มีเพียงร้อยละ 23.08 ที่มีผู้ช่วยในการดูแลซึ่งเป็นลูกและสะใภ้ จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันอยู่ระหว่าง 2-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12.42 ชั่วโมง นอกเหนือจากการดูแลสามีแล้ว กลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 17.31 ยังต้องดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็ก มากกว่า 3 ใน 4 หรือ ร้อยละ 79.81 มีผู้ให้ความช่วยเหลือในระหว่างดูแลสามี ซึ่งเป็น ญาติ บุตร เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผู้บังคับบัญชา ตามลำดับ (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.69 ประเมินระดับการพึ่งพาของสามีอยู่ในเกณฑ์มาก (ตารางที่ 2)

ในส่วนของผู้ป่วยเรื้อรัง 3 ใน 4 หรือร้อยละ 75.96 เป็นผู้ที่มารับการตรวจรักษาทางแผนกอายุรกรรม มีช่วงอายุระหว่าง 27-88 ปี เฉลี่ย 55.80 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคอัมพาตครึ่งซีก ร้อยละ 61.54 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 3 สัปดาห์ - 23 ปี เฉลี่ย 31.15 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสื่อมด้านการคิดรู้ ได้แก่ ความจำ การพูด การคิดและตัดสินใจ ร้อยละ 59.62, 64.42 และ 71.15 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 104)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถาบัน			การศึกษา		
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	6	5.77	ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	5.77
โรงพยาบาลพระมงกุฎ	12	11.54	ประถมศึกษา	72	69.23
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	13	12.50	มัธยมศึกษา	19	18.27
โรงพยาบาลรามารินทร์	19	18.27	ประกาศนียบัตร	4	3.85
โรงพยาบาลศิริราช	22	21.15	ปริญญาตรี	3	2.88
โรงพยาบาลประสาท	32	30.77	รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ศาสนา			ต่ำกว่า 1,000	3	2.88
พุทธ	101	97.12	1,001-5,000	44	42.31
อิสลาม	2	1.92	5,001-10,000	24	23.08
คริสต์	1	.96	10,001-15,000	18	17.31
อาชีพ			15,001-20,000	9	8.65
แม่บ้าน	30	30.77	20,000 ขึ้นไป	6	5.77
ค้าขาย	21	20.19	สถานภาพทางการเงิน		
รับจ้าง	15	14.42	มั่นคง	4	3.85

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ	6	6.77	มีเงินสำรองไว้ใช้ใน		
เกษียณอายุ	6	6.77	เหตุการณ์ฉุกเฉิน	24	23.00
ออกจากงานเพื่อดูแลสามี	24	23.08	พอใช้เคียนต่อเคียน	47	45.19
ลักษณะครอบครัว			มีหนี้สิน	28	27.88
เดี่ยว	92	88.46			
ขยาย	12	11.54			
สุขภาพ			อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลสามี		
แข็งแรงดี	49	47.12	ไม่มี	24	23.08
แข็งแรงพอควร	14	13.46	มี	80	76.92
ไม่ค่อยแข็งแรง	38	36.54			
ไม่แข็งแรงเลย	3	2.88			
โรคประจำตัว			อ่อนเพลีย		
ไม่มี	51	49.04	ไม่มีแรง	44	
มี	53	50.96	นอนไม่หลับ	43	
ความดันโลหิตสูง	12		ตกใจง่าย	35	
กระดูกสันหลังและ			ใจสั้น	34	
ข้อเข่าเสื่อม	10		รับประทาน		
เบาหวาน	7		อาหารไม่ได้	27	
ปวดศีรษะและไม่เกรน	7		ปวดศีรษะ	13	
ภูมิแพ้	6		ทาบใจไม่เต็มอิ่ม	10	
ลมชักและเป็นลม	4		ผู้ช่วยในการดูแลสามี		
ความดันโลหิตต่ำ	4		ไม่มี	60	76.92
โรคหัวใจ	3		มี	44	23.08

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็งปากมดลูก	2		ลูกและสะใภ้	32	
โรคประสาท	1		ญาติ(พี่น้องและ		
ผู้ให้ความช่วยเหลือในระหว่างดูแลสามี			แม่สามี)	7	
ไม่มี	21	20.19	คนรับใช้	5	
มี	83	79.81	สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล		
ญาติ (พ่อแม่และ			(นอกเหนือจากสามี)		
พี่น้อง)	51		ไม่มี	86	82.69
บุตร	41		มี	18	17.31
เพื่อนและ			เด็กเล็ก (1-3 คน)	16	15.38
เพื่อนบ้าน	31		ลูกบุญธำอ้อน	1	.96
ผู้บังคับบัญชา	4		คนชรา	1	.96
อายุ (ปี)			ระยะเวลาที่ดูแลสามี (เดือน)		
ค่าพิสัย	25-80		ค่าพิสัย	.75-156	
ค่าเฉลี่ย	50.46		ค่าเฉลี่ย	28.53	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.30		ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	24.39	
ระยะเวลาของการสมรส (ปี)			จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน		
ค่าพิสัย	.5-60		ค่าพิสัย	2-24	
ค่าเฉลี่ย	26.36		ค่าเฉลี่ย	12.42	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15.18		ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.01	

* กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแล (n=104)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
แผนก			การคิดและตัดสินใจ		
อายุรกรรม	79	75.96	ปกติ	30	28.85
ศัลยกรรม	25	24.04	ช้าลง	48	46.15
การวินิจฉัยโรค			ไม่ได้เลย	26	25.00
อัมพาตครึ่งซีก	64	61.54	คำรักษาพยาบาล		
อัมพาตท่อนล่าง	29	27.88	จำเอง	45	43.27
อัมพาตลำตัวและขา 2 ข้าง	7	6.73	เบิกต้นสังกัด	52	50.00
พาร์กินสัน	2	1.92	สังคมสงเคราะห์	7	6.73
ไม่รู้สึกร่าง	2	1.92			
ระดับการพึ่งพา			อายุ (ปี)		
น้อย	6	5.77	ค่าพิสัย	27-88	
ปานกลาง	12	11.54	ค่าเฉลี่ย	55.80	
มาก	86	82.69	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	13.09	
ความจำ			ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน)		
ดี	42	40.38	ค่าพิสัย	75-276	
เลื่อม	59	56.74	ค่าเฉลี่ย	31.15	
ไม่ได้เลย	3	2.88	ค่ามัธยฐาน	107.64	
การพูด			ค่าฐานนิยม	72.47	
ปกติ	37	35.58			
ลำบาก/ไม่ชัด	60	57.69			
ไม่ได้เลย	7	6.73			

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย

คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าพิสัยระหว่าง 31-129 คะแนน (ค่าเป็นไปได้ออยู่ระหว่าง 0-140 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 102.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.70 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย (skewness $-.75$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับสูงปานกลาง

การวิเคราะห์รายด้าน เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยแต่ละด้าน มีจำนวนข้อไม่เท่ากัน จึงหาค่าเฉลี่ยรายด้านโดยเอาคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อของด้านนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยราย ด้าน จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความเห็นพ้องกันของคู่สมรสสูงสุดรองลงมาคือ การแสดงความรัก และความกลมเกลียวของคู่สมรสต่ำสุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้านโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Oneway Repeated Measure ANOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แต่ละด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3,309) = 138.11$, $p < .001$ (ตารางที่ 3) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมน-คูเอลส์ (Neuman-Kuels Test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย
ทั้ง 4 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($n = 104$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างผู้ป่วย	405.57	103			
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	137.60	3	45.87	138.11	.000
ความคลาดเคลื่อน	102.62	309			
รวม	645.79	415			
ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส					
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย			M	SD	
ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส			4.04	1.04	
การแสดงความรัก			3.91	1.04	
ความพึงพอใจในคู่สมรส			3.60	1.07	
ความกลมเกลียวของคู่สมรส			2.62	1.27	

แรงสนับสนุนทางสังคม

คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มตัวอย่าง มีค่าพิสัยระหว่าง 42–155 คะแนน (ค่าเป็นไปได้อุ้ระหว่าง 25–175 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 121.81 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.47 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้าย ($skewness = -1.10$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง

การวิเคราะห์รายด้านโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ละด้าน จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการยืนยันความมีคุณค่าในตนเองสูงสุด รองลงมา คือ การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับความ

รักและผูกพัน และการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตามลำดับ ส่วนการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(4,412) = 21.50, p < .001$ (ตารางที่ 4) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลล์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 5 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($n = 104$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างผู้ป่วย	10952.20	102	106.33		
แรงสนับสนุนทางสังคม	939.89	4	234.97	21.50	.000
ความคลาดเคลื่อน	4502.91	412	10.93		
รวม	16395.00	518			

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม	M	SD
ความรักและผูกพัน	26.75	5.08
การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	24.89	5.11
การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	27.23	5.24
การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ	24.24	6.82
การได้รับการเป็นอันความมีคุณค่าในตนเอง	27.65	4.93

ความต้องการในการดูแล

คะแนนความต้องการในการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างมีพิสัยระหว่าง 21 - 52 คะแนน (ค่าเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 39.81 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.87 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย (skewness $-.45$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่าง ประเมินความต้องการในการดูแลค่อนข้างไปทางสูงเล็กน้อย

การวิเคราะห์รายด้าน เนื่องจากความต้องการในการดูแลแต่ละด้าน มีจำนวนข้อ ไม่เท่ากัน จึงหาค่าเฉลี่ยรายด้านโดยเอาคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อของด้านนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความต้องการในการดูแลรายด้าน จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยของความต้องการในการดูแลด้าน การดูแลระหว่างบุคคลสูงสุด รองลงมา คือ การดูแลโดยตรง ส่วนการดูแลทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการในการดูแลทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการดูแลทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2, 206) = 134.05$, $p < .001$ (ตารางที่ 5) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความต้องการในการดูแลแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี นิวแมนคูลล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินความต้องการในการดูแลทั้ง 3 ด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความต้องการในการดูแลทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($n = 104$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างผู้ป่วย	53.39	103	.52		
ความต้องการในการดูแล	73.31	2	36.65	134.05	.000
ความคลาดเคลื่อน	56.33	206	.27		
รวม	183.03	311			

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการในการดูแล			
		M	SD
ความต้องการในการดูแล			
การดูแลโดยตรง		2.98	.71
การดูแลระหว่างบุคคล		3.35	.57
การดูแลทั่วไป		2.19	.49

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล มี 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพ เป็นความเครียด และมีผลดี คะแนนของแต่ละด้านจะแยกจากกัน ในส่วนของการประเมินว่า คุณภาพ คะแนนจากกลุ่มตัวอย่างมีพิสัยระหว่าง 13-60 คะแนน (ค่าเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 35.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.50 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย (skewness $-.23$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพ อยู่ในระดับสูงเล็กน้อย การประเมินว่า เป็นความเครียด คะแนนจากกลุ่มตัวอย่างมีพิสัยระหว่าง 8-36 คะแนน (ค่าเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 23.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.17 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย (skewness $-.56$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ของ

การดูแลว่า เป็นความเครียด อยู่ในระดับสูงเล็กน้อยเช่นกัน ส่วนการประเมินว่า มีผลดี คะแนนจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าพิสัยระหว่าง 6-23 คะแนน (ค่าเป็นไปได้อู่ระหว่าง 6-30 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 13.85 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.1 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย (skewness -0.17) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี อยู่ในระดับน้อย

การวิเคราะห์รายด้าน เนื่องจากการประเมินสถานการณ์ของการดูแลในแต่ละด้าน มีข้อความถามไม่เท่ากัน จึงหาค่าเฉลี่ยรายด้านโดยเอาคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อของด้านนั้น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลรายด้าน จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดสูงสุดรองลงมาคือ คุกคาม ส่วนมีผลดีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์ของการดูแลรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวิซาร์ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสถานการณ์ทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2, 206) = 6.06, p < .01$ (ตารางที่ 6) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการประเมินสถานการณ์ของการดูแลแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินสถานการณ์ของการดูแลทั้ง 3 ด้านโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($n = 104$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างผู้ป่วย	125.16	103	1.22		
การประเมินสถานการณ์ของการดูแล	5.20	2	2.60	6.06	.003
ความคลาดเคลื่อน	88.37	206	.43		
รวม	218.73	311			

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินสถานการณ์			
การประเมินสถานการณ์ของการดูแล		MS	SD
คุณภาพ		2.76	.91
ความเครียด		2.91	.77
มีผลดี		2.59	.75

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

คะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากกลุ่มตัวอย่าง มีค่าพิสัย ระหว่าง 48–146 คะแนน (ค่าเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 38–190 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 97.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.29 การกระจายของคะแนนมีลักษณะ เบ้ซ้ายเล็กน้อย (skewness $-.29$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลค่อนข้างสูงเล็กน้อย

การวิเคราะห์รายด้าน เนื่องจากความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลรายด้าน มีจำนวนข้อไม่เท่ากันจึงหาค่าเฉลี่ยรายด้านโดยเอาคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อของด้านนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทรายด้าน จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลด้านการมีบทบาทมากเกินไปสูงสุด รองลงมาคือ ความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือในบทบาทมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,206) = 61.89$, $p < .001$ (ตารางที่ 7) และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี นิวแมนคูลล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลแต่ละด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($n=104$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างผู้ป่วย	97.15	103	.94		
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	28.54	2	14.27	61.87	.000
ความคลาดเคลื่อน	47.50	206	.23		
รวม	173.19	311			

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	MS	SD
ความขัดแย้งในบทบาท	2.55	.69
การมีบทบาทมากเกินไป	3.12	.76
ความคลุมเครือในบทบาท	2.42	.59

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคมสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดในบทบาทของการดูแล ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) จากตารางที่ 8 พบว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุ้มค่า และความเครียด มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในระดับสูงเท่ากัน ($r = .72, p < .001$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลด้วยกัน พบว่า คุ้มค่า และความเครียด มีความสัมพันธ์กันสูงสุด ($r = .75, p < .001$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำกว่า .5 ทั้งสิ้น ที่น่าสังเกต คือ ความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ($r = .35, p < .001$) ซึ่งทิศทางความสัมพันธ์ตรงข้ามกับสมมุติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลมาก ภรรยาจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดีมากด้วย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
X ₁ สัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรส ก่อนเจ็บป่วย	1.00							
X ₂ เศรษฐฐานะทาง สังคม	.01	1.00						
X ₃ แรงสนับสนุน ทางสังคม	.45***	.27**	1.00					
X ₄ ความต้องการ ในการดูแล	.06	-.09	-.18	1.00				
X ₅ ความเครียด	-.04	-.28**	-.35***	.36***	1.00			
X ₆ ความเครียด	-.28**	-.14	-.36***	.28**	.75***	1.00		
X ₇ มีผลดี	.25**	.04	.21*	.32***	.23**	.09	1.00	
X ₈ ความเครียดใน บทบาทผู้ดูแล	.22	-.19	-.42***	.40***	.72***	.72***	.09	1.00
ค่าเฉลี่ย	102.43	5.10	121.81	38.39	35.84	32.26	13.85	97.82
ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	27.70	0.55	21.47	6.04	12.50	6.17	4.10	22.29

*p < .05 , ** p < .01 , *** p < .001

ผลการทดสอบสมมุติฐาน

การทดสอบเส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในแบบจำลองที่สร้างขึ้น ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล ในการทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแล และความเครียดใน

บทบาทของผู้ดูแล จากสมมุติฐานการวิจัยทั้งหมด 10 ข้อ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน (Hierarchical Multiple Regression) เริ่มจากการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวถูกทำนายก่อน แล้วสลับเปลี่ยนลำดับขั้นในการใส่ตัวแปร เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยเข้าในสมการ โดยที่เมื่อต้องการทราบผลโดยตรงของตัวแปรใดจะให้ตัวแปรนั้นเข้าสมการเป็นอันดับสุดท้าย (ตารางที่ 9) ต่อไปให้ความต้องการในการดูแลเป็นตัวถูกทำนาย แล้วสลับเปลี่ยนลำดับขั้นในการใส่ตัวแปร เศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการ (ตารางที่ 10) จากนั้นให้การประเมินสถานการณ์ของการดูแลแต่ละตัว ได้แก่ คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี เป็นตัวถูกทำนายตามลำดับ แล้วสลับเปลี่ยนลำดับขั้นในการใส่ตัวแปร เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล เข้าในสมการ (ตารางที่ 11-13) ท้ายสุดให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเป็นตัวถูกทำนายแล้วสลับเปลี่ยนลำดับขั้นในการใส่ตัวแปรการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี เข้าในสมการ (ตารางที่ 14)

สมมุติฐานข้อที่ 1 เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม จากตารางที่ 9 จะเห็นได้ว่า ทั้ง เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย สามารถทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ $27 F(2, 101) = 19.08, p < .001$ ทั้ง 2 ตัวแปรเมื่อใส่เข้าในสมการเป็นอันดับสุดท้าย สามารถทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ เศรษฐฐานะทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 7 ($\beta = .27$) $t = 3.18, p < .01$ และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย สามารถทำนายได้ร้อยละ 20 ($\beta = .45$) $t = 5.34, p < .001$ ดังนั้นสมมุติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุน

สมมุติฐานข้อที่ 2 เศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับความต้องการในการดูแล จากตารางที่ 10 จะเห็นได้ว่า ทั้ง เศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความต้องการในการดูแลได้ร้อยละ 4 $F(2, 101) = 1.89, p = .16$ และไม่มีตัวแปรใดที่ใส่เข้าในสมการเป็นอันดับสุดท้ายแล้วสามารถทำนายความต้องการในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นทั้ง เศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม จึงไม่มีผลโดยตรงต่อความต้องการในการดูแล ($\beta = -.17$) $t = 1.70, p = .09$ และ ($\beta = -.05$) $t = -.47, p = .64$ ตามลำดับ สมมุติฐานข้อ 2 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 9 การทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมของกรรมาผู้ป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน (n = 104)

แหล่งความแปรปรวน	R	RSQ	F	p	b	β
	Square	Change	Change			
แรงสนับสนุนทางสังคม						
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส						
ก่อนเจ็บป่วย	.20	.20	25.74	.000	10.50	.45
เศรษฐกิจทางสังคม	.27	.07	10.12	.002	.35	.27
แรงสนับสนุนทางสังคม						
เศรษฐกิจทางสังคม	.07	.07	7.61	.007	.35	.27
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส						
ก่อนเจ็บป่วย	.27	.20	28.50	.000	10.50	.45

Overall F (2, 101) = 19.08 , p<.001

ตารางที่ 10 การทำนายความต้องการในการดูแลของกรรมาผู้ป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน (n = 104)

แหล่งความแปรปรวน	R	RSQ	F	p	b	β
	Square	Change	Change			
ความต้องการในการดูแล						
เศรษฐกิจทางสังคม	.00	.00	.22	.061	-.52	-.05
แรงสนับสนุนทางสังคม	.04	.04	3.59	.642	-.48	-.17
ความต้องการในการดูแล						
แรงสนับสนุนทางสังคม	.04	.04	2.88	.350	-.52	-.17
เศรษฐกิจทางสังคม	.00	.00	.88	.093	-.48	-.05

Overall F (2, 101) = 1.89 , p = .16

สมมุติฐานข้อที่ 3 และข้อที่ 4 ในข้อที่ 3 เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่าและข้อที่ 4 ความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่า จากตารางที่ 11 จะเห็นได้ว่า ทั้งเศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแลสามารถทำนายการประเมินสถานการณ์ว่าคุ้มค่าได้ร้อยละ 25 $F(4,99) = 8.20$, $p < .001$ ตัวแปรที่ใส่เข้าสมการเป็นอันดับสุดท้าย และสามารถทำนายการประเมินสถานการณ์ว่าคุ้มค่าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 6 ($\beta = -.29$) $t = -2.74$, $p < .001$ และความต้องการในการดูแลสามารถทำนายได้ร้อยละ 8 ($\beta = .29$) $t = 3.24$, $p < .001$ จึงสนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบ และความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางลบ กับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุ้มค่า แต่เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ไม่มีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ว่าคุ้มค่า ($\beta = -.07$) $t = .67$, $p = .50$ และ ($\beta = -.17$) $t = -1.80$, $p = .07$ ตามลำดับ ดังนั้นสมมุติฐานข้อที่ 3 จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน ส่วนข้อที่ 4 ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 11 การทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพของกรรมาผู้ป่วยเรื้อรัง
โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน (n=104)

แหล่งความแปรปรวน	R	RSQ	F	P	b	β
	Square	Change	Change			
คุณภาพ						
ความต้องการในการดูแล	.13	.13	15.54	.000	.60	.29
แรงสนับสนุนทางสังคม	.22	.09	11.00	.001	-.17	-.29
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.22	.00	.88	.351	-.03	-.07
เศรษฐกิจทางสังคม	.25	.03	3.25	.074	-.74	-.16
คุณภาพ						
แรงสนับสนุนทางสังคม	.12	.12	14.61	.000	-.17	-.29
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.14	.02	2.04	.156	-.03	-.07
เศรษฐกิจทางสังคม	.17	.03	3.21	.076	-.74	-.16
ความต้องการในการดูแล	.25	.08	10.50	.002	.60	.29
คุณภาพ						
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.00	.00	.17	.677	-.03	-.07
เศรษฐกิจทางสังคม	.07	.07	7.89	.006	-.74	-.16
ความต้องการในการดูแล	.19	.12	14.62	.000	.60	.29
แรงสนับสนุนทางสังคม	.25	.06	7.49	.007	-.17	-.29
คุณภาพ						
เศรษฐกิจทางสังคม	.07	.07	7.92	.006	-.74	-.16
ความต้องการในการดูแล	.19	.12	14.39	.000	.60	.29
แรงสนับสนุนทางสังคม	.25	.06	7.66	.007	-.17	-.29
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.25	.00	.45	.504	-.03	-.07

Overall F (4, 99) = 8.20 , $p < .001$

สมมุติฐานข้อที่ 5 และข้อที่ 6 ในสมมุติฐานข้อที่ 5 เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด และข้อที่ 6 ความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด จากตารางที่ 12 จะเห็นได้ว่า ทั้งเศรษฐกิจฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล สามารถทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียดได้ร้อยละ 20 $F(4, 99) = 6.36, p < .001$ ตัวแปรที่ใส่เข้าสมการเป็นอันดับสุดท้าย และสามารถทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล โดยที่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 3 เท่ากัน ($\beta = -.20$) $t = 1.95, p < .05$ และ ($\beta = -.20$) $t = 1.89, p < .05$ ตามลำดับ ส่วนความต้องการในการดูแลสามารถทำนายได้ร้อยละ 6 ($\beta = .24$) $t = 2.63, p < .001$ จึงสนับสนุนว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบ และความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด แต่เศรษฐกิจฐานะทางสังคมไม่มีผลโดยตรงกับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด ($\beta = -.07$) $t = -.71, p = .48$ ดังนั้นสมมุติฐานข้อที่ 5 ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน ส่วนข้อที่ 6 ได้รับการสนับสนุน

สมมุติฐานข้อที่ 7 และข้อที่ 8 ในข้อที่ 7 เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี และข้อที่ 8 ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี จากตารางที่ 13 จะเห็นได้ว่า ทั้งเศรษฐกิจฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล สามารถทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีได้ร้อยละ 22 $F(4, 99) = 9.53, p < .001$ ตัวแปรที่ใส่เข้าในสมการเป็นอันดับสุดท้ายและสามารถทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 4 ($\beta = .22$) $t = 4.25, p < .05$ และความต้องการในการดูแล สามารถทำนายได้ร้อยละ 15 ($\beta = .40$) $t = 4.31, p < .001$ จึงสนับสนุนว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ส่วนความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวก

ตารางที่ 12 การทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดของภรรยา
ผู้ป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน (n=104)

แหล่งความแปรปรวน	R	RSQ	F	P	b	β
	Square	Change	Change			
ความเครียด						
ความต้องการในการดูแล	.08	.08	8.35	.005	.25	.24
แรงสนับสนุนทางสังคม	.17	.09	11.82	.000	-.06	-.20
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.20	.03	3.48	.053	-.04	-.20
เศรษฐกิจทางสังคม	.20	.00	.50	.479	-.75	-.07
ความเครียด						
แรงสนับสนุนทางสังคม	.13	.13	14.86	.000	-.06	-.20
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.14	.01	1.96	.163	-.04	-.20
เศรษฐกิจทางสังคม	.14	.00	.55	.457	-.75	-.07
ความต้องการในการดูแล	.20	.06	6.94	.009	.25	.24
ความเครียด						
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.07	.07	8.39	.004	-.04	-.20
เศรษฐกิจทางสังคม	.09	.02	2.33	.130	-.75	-.07
ความต้องการในการดูแล	.17	.08	9.56	.002	.25	.24
แรงสนับสนุนทางสังคม	.20	.03	3.58	.046	-.06	-.20
ความเครียด						
เศรษฐกิจทางสังคม	.02	.02	2.05	.155	-.75	-.07
ความต้องการในการดูแล	.09	.07	7.68	.006	.25	.24
แรงสนับสนุนทางสังคม	.17	.08	10.29	.002	-.06	-.20
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.20	.03	3.79	.051	-.04	-.20

Overall F (4,99) = 6.36 , $p < .001$

ตารางที่ 13 การทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดีของกรรมาผู้ปวยเรื้อรัง
โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับขั้นตอน (n = 104)

แหล่งความแปรปรวน	R	RSQ	F	P	b	β
	Square	Change	Change			
ความเครียด						
ความต้องการในการดูแล	.13	.13	15.29	.000	.27	.40
แรงสนับสนุนทางสังคม	.21	.08	10.13	.002	.04	.22
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.22	.01	1.63	.205	.20	.13
เศรษฐกิจทางสังคม	.22	.00	.03	.857	.12	.02
มีผลดี						
แรงสนับสนุนทางสังคม	.04	.04	4.71	.032	.04	.22
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.07	.03	3.47	.065	.02	.13
เศรษฐกิจทางสังคม	.07	.00	.01	.935	.12	.02
ความต้องการในการดูแล	.22	.15	18.60	.000	.27	.40
มีผลดี						
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.06	.06	7.01	.009	.02	.13
เศรษฐกิจทางสังคม	.06	.00	.17	.679	.12	.02
ความต้องการในการดูแล	.18	.12	15.20	.000	.27	.40
แรงสนับสนุนทางสังคม	.22	.04	4.25	.042	.04	.22
มีผลดี						
เศรษฐกิจทางสังคม	.00	.00	.14	.713	.12	.02
ความต้องการในการดูแล	.13	.13	15.64	.000	.27	.40
แรงสนับสนุนทางสังคม	.20	.07	9.41	.003	.04	.22
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	.22	.02	1.65	.203	.02	.13

Overall F (4,99) = 9.53 , p<.001

ตารางที่ 14 การทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบลำดับขั้นตอน (n=104)

แหล่งความแปรปรวน	R	RSQ	F	P	b	β
	Square	Change	Change			
การประเมินสถานการณ์ของการดูแล						
ความทุกข์	.50	.50	113.98	.000	.79	.44
เครียด	.59	.09	16.48	.000	1.39	.39
มีผลดี	.59	.00	.52	.472	-.27	-.05
การประเมินสถานการณ์ของการดูแล						
เครียด	.48	.48	106.50	.000	1.39	.39
มีผลดี	.48	.00	.12	.733	-.27	-.05
ความทุกข์	.59	.11	19.53	.000	.79	.44
การประเมินสถานการณ์ของการดูแล						
มีผลดี	.00	.00	.84	.361	-.27	-.05
ความทุกข์	.51	.51	111.30	.000	.79	.44
เครียด	.59	.08	15.42	.000	1.39	.39

Overall F (3,200) = 48.21 , p < .001

โดยภาพรวม ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย รวมทั้งหมด 10 ข้อ ได้รับการสนับสนุน 4 ข้อคือ ข้อ 1, 4, 6 และ 9 ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า ความทุกข์ และเป็นความเครียด การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า ความทุกข์ และเป็นความเครียดมีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สมมติฐานที่ได้รับการสนับสนุนบางส่วนคือ ข้อ 3, 5 และ 7 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงใน

ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดี สมมุติฐานที่ไม่ได้รับการสนับสนุน คือข้อ 2, 8 และ 10 ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลโดยตรงต่อความต้องการในการดูแล ความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรง แต่เป็นในทิศทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดี การประเมินสถานการณ์ของการดูแลมีผลดี ไม่มีผลโดยตรงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

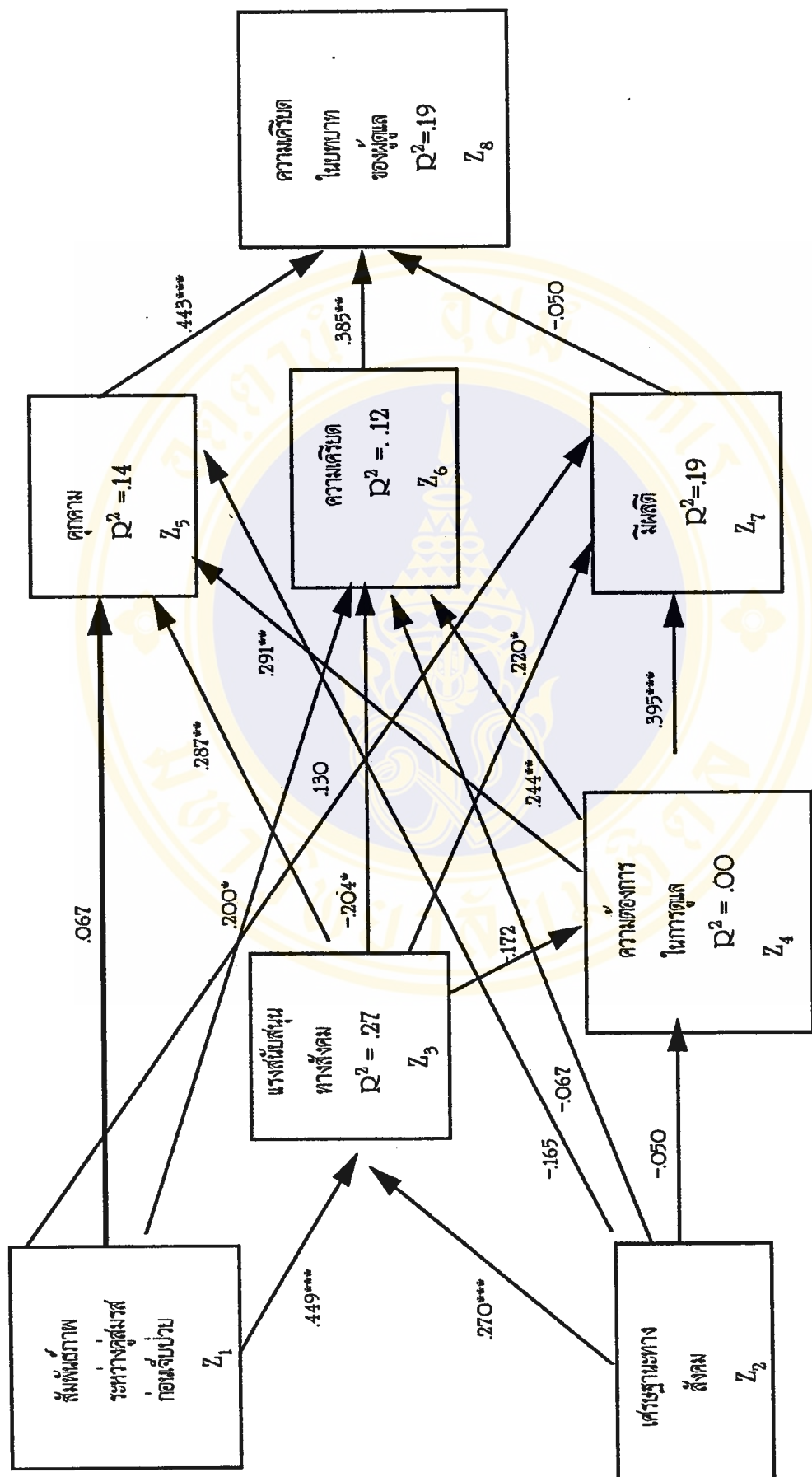
ผลการตรวจสอบเส้นทางการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างตัวแปร (β) ในแบบจำลอง มีค่า $\geq .05$ ทั้งสิ้น ยกเว้นเส้นทางการความสัมพันธ์ระหว่าง เศรษฐฐานะทางสังคม และการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดีซึ่งมีค่า $\beta = .02$ เท่านั้น ผู้วิจัยจึงตัดเส้นทางนี้ออกจากแบบจำลอง จากนั้นทำการวิเคราะห์อิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความต้องการในการดูแล ต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลมีผลดีอีกครั้งหนึ่ง คำนวณความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่แล้วเปรียบเทียบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ระหว่างแบบจำลองเดิม และภายนอกหลังการปรับปรุงเส้นทางแล้วพบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน .05 (ภาคผนวก ฅ) การทดสอบว่าแบบจำลองหลังการปรับปรุงเส้นทางสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) หรือไม่โดยใช้วิธี goodness of fit ของ สเปช (Specht, 1975) ผลการทดสอบยอมรับสมมุติฐานที่ว่า แบบจำลองหลังการปรับปรุงเส้นทางแล้วสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ $\chi^2 = 3.84$, $df = 1$, $p < .05$) (รายละเอียดในการคำนวณแสดงในภาคผนวก ฅ) แสดงว่าแบบจำลองหลังการปรับปรุงเส้นทางแล้ว มีความเหมาะสมกับข้อมูลอย่างสมบูรณ์

แบบจำลองหลังการปรับปรุงเส้นทางแล้ว จากรูปที่ 3 จะเห็นได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงต่อแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าเศรษฐกิจฐานะทางสังคม ($\beta = .45$, $p < .001$) รองลงมาคือเป็นความเครียด ($\beta = -.24$, $p < .001$) และมีผลดีต่ำสุด ($\beta = .22$, $p < .05$) ส่วนความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดีสูงสุด ($\beta = -.40$, $p < .001$) รองลงมาคือ คุกคาม ($\beta = -.29$, $p < .001$) และความเครียดต่ำสุด ($\beta = .24$, $p < .01$) ส่วนการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม มีผลโดยตรงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมากกว่า การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียด ($\beta = .44$, $p < .001$)

เมื่อพิจารณาผลทางอ้อมระหว่างตัวแปร จากรูปที่ 3 จะเห็นได้ว่า เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลทางอ้อมต่อ การประเมินสถานการณ์ของ

การดูแลว่า คุณคาม เป็นความเครียด และมีผลดี ผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล มีผลทางอ้อมต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณคาม และเป็นความเครียด เมื่อจำแนกอิทธิพลระหว่างตัวแปรแล้ว จากตารางที่ 15 จะเห็นได้ว่า เศรษฐฐานะทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณคาม และความเครียดเท่ากัน ($\beta = -.08$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีสูงสุด ($\beta = -.07$) รองลงมาคือการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณคาม ($\beta = -.05$) และการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียดต่ำสุด ($\beta = -.02$) ในส่วนของความสัมพันธ์ปลอม จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณคาม มีค่าความสัมพันธ์ปลอมสูงสุด ($\beta = -.111$) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลและการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ($\beta = -.07$) และความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลและการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณคาม ($\beta = .05$) ตามลำดับ

(การประเมินสถานการณ์การดูแลสุขภาพ)



* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

รูปที่ 3 แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของมารยาทเป็นปัจจัยหลักในการปรับเส้นทางแล้ว

หมายเหตุ: Z_1 = ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ Z_2 = คุณภาพการบริการ Z_3 = การรับรู้ถึงสถานะสุขภาพ Z_4 = ความต้องการในการดูแลสุขภาพ Z_5 = ความพึงพอใจ Z_6 = ความเครียด Z_7 = มีผลดี Z_8 = ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเชิงสาเหตุ

ความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผล	อิทธิพลโดย ตรง D	อิทธิพลโดย อ้อม I	อิทธิพลรวม T	ความสัมพันธ์ ที่ไม่วิเคราะห์ U	ความสัมพันธ์ปลอม S
Z_1Z_3	.449	–	.449	.003	–
Z_1Z_5	.067	–	.067	–.113	–
Z_1Z_6	–.200	–	–.200	–.076	–
Z_1Z_7	.130	–	.130	.123	–
Z_2Z_3	.270	–	.270	.004	–
Z_2Z_4	–.024	–.046	.071	.001	–
Z_2Z_5	–.165	–.078	.243	–.027	–
Z_2Z_6	–.067	–.078	–.145	–.002	–
Z_2Z_7	.024	.023	.047	–.001	–
Z_3Z_4	–.170	–	–.170	–.014	–
Z_3Z_5	–.287	–.050	–.337	–.051	–.001
Z_3Z_6	–.204	–.015	–.219	–.001	–.111
Z_3Z_7	.220	–.067	.153	–	.054
Z_4Z_5	.291	–	.291	.004	.069
Z_4Z_6	.244	–	.244	.007	.044
Z_4Z_7	.395	–	.395	–	–.073
Z_5Z_8	.443	–	.443	.277	–
Z_6Z_8	.385	–	.385	.337	–
Z_7Z_8	–.050	–	–.050	.137	–

หมายเหตุ : Z_1 = ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย Z_2 = เศรษฐฐานะทางสังคม Z_3 = แรงสนับสนุนทางสังคม Z_4 = ความต้องการในการดูแล Z_5 = ความทุกข์ Z_6 = ความเครียด Z_7 = มีผลดี Z_8 = ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

การอภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ มีอายุเฉลี่ย 50.46 ปี ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากการวิจัยของโรเซนทาลและคณะ (Rosenthal et al, 1993) ศึกษาจากบรรดาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ได้ค่าเฉลี่ยของอายุ 60.1 ปี และการวิจัยของเบเกอร์ (Baker, 1993) ศึกษาจากบรรดาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองเช่นกัน ได้ค่าเฉลี่ยของอายุ 71.8 ปี ที่เป็นเช่นนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นบรรดาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมองและไขสันหลังทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ในกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลสามีเจ็บป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรม ส่วนใหญ่มีอายุน้อย และอายุน้อยที่สุดที่พบเพียง 25 ปี เนื่องจากเป็นผู้ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง และไขสันหลังจากอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการกระจายของอายุค่อนข้างมาก ดังจะเห็นได้จากค่าที่ล้อยู่ระหว่าง 25-80 ปี แต่เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีถึงร้อยละ 50 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่จึงเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่สูงอายุนี้ ยังคงยึดมั่นในขนบธรรมเนียมเดิมของไทย ที่ว่าหญิงเมื่อเข้าสู่ชีวิตสมรสแล้วจะเป็นสมบัติของสามี โดยจะยินยอมให้สามีเป็นผู้นำชีวิต บทบาทของภรรยา คือ การดูแลเอาใจใส่ในการปรนนิบัติสามี และสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะในระหว่างเจ็บป่วย ถือเป็นภาระและหน้าที่ที่จะต้องให้การดูแล นอกจากนี้ ยังถือว่าสามีมีสิทธิอันชอบธรรมในการเรียกร้องและต้องการการดูแลสูง ความเชื่อเหล่านี้จะได้รับการปลูกฝังและซึมซับอยู่ในวิถีการคิด เป็นรากฐานในการสร้างควมมีคุณธรรมและพฤติกรรมในการดูแลสามี โดยจะมีความ อดทน อดกลั้น และมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลสามีอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการดูแลสามีเฉลี่ย 2 ปี 4 เดือนเศษ

การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ทำให้มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายร่วมด้วย ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ที่พบมากได้แก่ ความดันโลหิตสูง กระดูกสันหลังและข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน ปวดศีรษะ และไมเกรน ภูมิแพ้ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการดูแลสามี หากพิจารณาถึงความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ มีอัมพาตครึ่งซีกจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดในสมองซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของประสาทที่ควบคุมพฤติกรรมและการคิดรู้ ทำให้ผู้ป่วย มีความสับสน หลงลืม พูดลำบาก/หรือพูดไม่ได้ ความจำเสื่อม ซึมเศร้า

และอาการทางจิต (Egelko et al, 1989; Ragsdale et al, 1993) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคิดรู้นี้ แสดงว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีความต้องการในการดูแลสูง ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการดูแลสัปดาห์ต่อวันเฉลี่ย 12.42 ชั่วโมง ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของโรบินสัน (Robinson, 1990b) ที่ศึกษาจากภรรยาที่ดูแลสามีโรคสมองเสื่อมได้ค่าเฉลี่ยของการดูแลต่อวัน 8.8 ชั่วโมง นอกจากนี้สอดคล้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินระดับการพึ่งพาของสามีอยู่ในเกณฑ์มาก ในส่วนของบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างได้ในระหว่างดูแลสามี จะเห็นได้ว่า ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร ดังนั้น บุตรจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลสามีที่แสดงให้เห็นว่าเกิดจากความเครียด ในระหว่างให้การดูแลอย่างชัดเจน ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ และหายใจไม่เต็มอิ่ม ตามลำดับ

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยสูงปานกลาง ($\bar{x} = 102.42$ $SD = 27.70$ $Skewness = -.75$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรับตัวเข้ากับชีวิตสมรสได้ ดังจะเห็นได้ว่า ระยะเวลาในการใช้ชีวิตสมรสเฉลี่ย 26.36 ปี ($SD = 15.18$) พบว่าระยะเวลาของการใช้ชีวิตสมรสยิ่งนาน กลุ่มตัวอย่างจะมีการปรับตัวเข้ากับคู่สมรสได้ดี ($r = .24$, $p < .05$) (ตาราง ก. ในภาคผนวก)

เมื่อพิจารณาถึง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพด้าน ความเห็นพ้องกันของคู่สมรสสูงสุด รองลงมาคือ การแสดงความรัก ส่วนความกลมเกลียวของคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความเห็นพ้องกันของคู่สมรสสูงสุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ บิดมั้นอยู่ในประเพณีเดิมของไทย กล่าวคือ หญิงชายเมื่อเข้าสู่ชีวิตสมรสแล้ว บทบาทของสามี คือ ผู้นำ และบทบาทของภรรยาคือผู้ตาม ดังคำพังเพยที่ว่า สามีเป็นช้างเท้าหน้า และภรรยาเป็นช้างเท้าหลัง ดังนั้น อำนาจการตัดสินใจต่าง ๆ ภายในครอบครัว จึงตกอยู่กับสามี โดยมีภรรยาเป็นผู้ตาม ดังจะเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่า กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันบางอย่าง ในความเป็นจริง มิได้มีความเห็นสอดคล้องกับสามีแต่อย่างใด แต่เนื่องจากต้องการประนีประนอมและถนอมน้ำใจของสามี จึงวางเฉยและคล้อยตามสามี

ในส่วนของความกลมเกลียวของกลุ่มสมรส ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การมีกิจกรรมและการวางแผนชีวิตร่วมกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้ต่ำสุด อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างให้สามีเป็นผู้นำครอบครัวดังกล่าว อำนาจสิทธิขาดในการตัดสินใจความเป็นไปของครอบครัวจึงอยู่ที่สามี โอกาสที่จะปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือวางแผนร่วมกันมีน้อย ประโยคที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงสามี ได้แก่ "เขาอยากทำอะไร เขาก็ทำ ไม่ถามเราก่อนหรอก" ในบางครั้งการตัดสินใจของสามีเกิดความผิดพลาด และสร้างปัญหาให้กับครอบครัว เช่น ลาออกจากงานโดยไม่ปรึกษา ขาดรถโดยไม่ปรึกษา และได้ราคาต่ำกว่าที่เป็นจริง ซึ่งเป็นสาเหตุของความขัดแย้งภายในครอบครัว

แรงสนับสนุนทางสังคม

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 121.81$ S.D = 21.47 skewness = -1.10) ซึ่งสอดคล้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า มีผู้ให้ความช่วยเหลือในระหว่างดูแลสามีร้อยละ 79.81 (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจาก ลักษณะของสังคมไทย จะอยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้ง บิดามารดาจะมีความรักและห่วงใยต่อบุตร ถึงแม้บุตรจะแต่งงานหรือแยกครอบครัวไปแล้ว จะยังคงดูแลทุกข์สุขของบุตรสม่ำเสมอ ถ้าบุตรมีปัญหา บิดามารดาพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ขณะเดียวกันมีการปลูกฝังค่านิยมให้บุตรมีความกตัญญูรู้คุณของบุพการีโดยถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบ และเอาใจใส่เมื่อท่านชราหรือเจ็บป่วย นอกจากนี้ ผู้ที่แต่งงานแล้ว ญาติของทั้ง 2 ฝ่ายจะไปมาหาสู่กันและให้ความช่วยเหลือเมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเรื่องเดือดร้อน ลักษณะของสังคมไทย จึงมีความสัมพันธ์โยงใยต่อกันในระดับครอบครัว ขยายสู่เครือญาติและสังคมกว้างออกไป ดังจะเห็นได้ว่า ในระหว่างดูแลสามี กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือจาก บุตร บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน และผู้บังคับบัญชา ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการยืนยันความมีคุณค่าในตนเองสูงสุด รองลงมาคือ การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ต่ำสุด กล่าวได้ว่า การได้รับการยืนยันความมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้วยว่า การที่กลุ่มตัวอย่างสละแรงกายและเวลาไปกับการดูแลสามีซึ่งต้องใช้ความอดทน อดกลั้น และมานะพยายามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งดี มีคุณประโยชน์ต่อสามี การรับรู้เช่นนี้ จะ

สะท้อนถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ประกอบกับในระหว่างดูแลสามี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับคำชมเชยจากบุคคลรอบข้างได้แก่ สามี บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนอื่น ๆ ที่รู้จักกันทำงานองว่า เป็นคนดี เนื่องจากสนใจเอาใจใส่ดูแลสามี ไม่ละเลยหรือทอดทิ้ง จึงเป็นการยืนยันควมมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยของไมเซนเฮลเดอร์ (Meisenhelder, 1986) ที่พบว่า การที่ภรรยาได้รับคำชมเชยจากสามี จะมีการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองมาก ($r = .40$, $p < .01$)

การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับความช่วยเหลือในสิ่งที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ สิ่งของเงินทองและแรงงาน พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 88.46 (ตารางที่ 1) ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร ดังนั้นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือด้านนี้คือ บุตร ซึ่งบุตรส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน จึงไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เต็มที่ ส่วนเครือข่ายทางสังคมอื่น ๆ ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน และผู้ร่วมงาน จะให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การเยี่ยมเยียนถามทุกข์สุขเป็นครั้งคราว มิได้ให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่เป็นรูปธรรมชัดเจน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านนี้ต่ำสุด

เมื่อพิจารณาถึงเครือข่ายทางสังคมตามแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย จะประกอบด้วย 1) บุคคลสำคัญ (significant others) หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญหรือมีความหมายต่อผู้เฒ่ามากที่สุดโดยจะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้ง และ 2) ระบบเกื้อหนุน (supporting system) หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญหรือมีความหมายต่อผู้เฒ่าเช่นกัน แต่ระดับความผูกพันน้อยกว่าข้อ 1 (Roy, 1984) การวิจัยครั้งนี้พบว่า บุคคลสำคัญของกลุ่มตัวอย่างคือ บุตรและสามี ซึ่งเห็นได้จากการถามว่า ใครคือ ผู้ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าบุตรและสามี เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า สามีเป็นบุคคลสำคัญ ทั้ง ๆ ที่สามีอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้เหมือนเดิม เนื่องจากมีความเสื่อมถอยด้านการคิดรู้ ผลที่ได้สนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนหนึ่งเป็นการสื่อด้วยใจ และสนับสนุนการวิจัยของ ฮอบโฟลและไลเบอร์แมน (Hobfoll & Liberman, 1987) ที่พบว่า การมีคู่สมรสเทียบได้กับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนระบบเกื้อหนุน ได้แก่ บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน และผู้ร่วมงาน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อย ประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือจากระบบเกื้อหนุนน้อย รู้สึกว่า บุคคลในระบบเกื้อหนุนห่างเหินไป โดยมีความเชื่อว่า กลัวกลุ่มตัวอย่างจะไปรบกวนหรือขอความช่วยเหลือโดยเฉพาะด้านการเงิน ตัวอย่างคำบอกเล่าจากกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

"แต่ก่อนมาช่วยคนไว้เยอะ ใครมีอะไรเดือดร้อน ถ้ามาช่วยได้จะช่วย แต่พอเราเป็นอย่างนี้ ไม่มีใครช่วยหรอก แม้ญาติสนิทยังไม่ค่อยมาเลย มีแต่ลูก บางทีป้าน้อยใจ บ่นกับลูก ๆ ปล่อยให้ อ่า คิดมาก คนอื่นไม่ช่วยก็ช่าง เราอยู่ของเราได้"

"ญาติของสามีไม่มาเยี่ยมเลย ญาติฉันเองมีมาบ้าง ฉันเองไม่หวังพึ่ง พวกเขาหรอก ไม่เคยไปรบกวนเขาเลย ถ้าเดือดร้อนเรื่องเงิน ฉันใช้วิธีกู้คนอื่น สบายใจดี"

"คนอื่นไม่มีหรอก มีแต่ลูก ปกติฉันเองอยู่แต่ในบ้าน ไม่ได้ยุ่งกับใคร พอเป็นอย่างนี้ ฉันเองเจียมตัว ไม่อยากรบกวนใคร"

เป็นที่น่าสังเกตว่า บุคคลในระบบเครือข่ายที่กลุ่มตัวอย่างระบุ ไม่มีพยาบาลอยู่ด้วยเลย นอกจากนี้สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงพยาบาลจะเป็นไปในทางลบทั้งสิ้น เช่น กริยาไม่สุภาพ การพูดไม่ไพเราะ และอื่น ๆ ดังเช่นกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง กล่าวว่า "ถ้าเปรียบเทียบระหว่างหมอและพยาบาลแล้ว ฉันเห็นว่า พยาบาลมีความสำคัญกว่าหมอเสียอีก เพราะว่าหมอมาคูแค่ 2-3 นาทีแล้วก็ไป พยาบาลอยู่กับคนไข้ทั้งวัน แต่พยาบาลที่ฉันเจอจริง ๆ" ข้อมูลที่ได้นี้สะท้อนให้เห็นว่า การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการให้บริการโดยเฉพาะการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์ถึงการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักว่าพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในระบบเครือข่ายของเขา อาจจะเป็นไปได้ว่า ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลตักผู้ป่วยนอก เน้นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์และนัดหมายเพื่อการตรวจครั้งต่อไปเป็นสำคัญ ส่วนบทบาทในการให้การข้อมูลและการสนับสนุนมีน้อยมาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักว่า พยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่พวกเขาสามารถขอความช่วยเหลือได้ ในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการให้ข้อมูล ดังข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีข้อสงสัยในระบบแรกของการดูแลสามี แต่ไม่ทราบจะไปขอคำปรึกษาใครโดยให้เหตุผลว่า แพทย์ไม่ให้เวลาและโอกาสในการซักถาม ความจริงแล้ว บทบาทของแพทย์คือ ผู้ให้การรักษา แต่การให้รายละเอียดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในกิจวัตรประจำวันเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง กล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมที่สุดในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เป็นสื่อกลางในการสร้างความร่วมมือที่ดีต่อกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

เรื่องร้องในการฟื้นฟูสภาพและการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล จากการที่ผู้วิจัยได้สัมผัสกับผู้ป่วยเรื้อรังที่ศึกษาพบว่า พยาธิสภาพของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนหนึ่ง หากได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแล้ว สมรรถภาพทางร่างกายจะต้องดีกว่าสภาพที่เห็นอย่างแน่นอน นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับความกระจ่างในการดูแลรักษาพยาบาล เป็นเหตุให้มีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่นด้วยตนเอง และอาจทำให้มีแนวคิดในการดูแลรักษาที่ผิด ๆ เช่น การไม่เห็นความสำคัญของการทำกายภาพบำบัด มีความเชื่อว่าการเป็นอัมพาตไม่สามารถรักษาให้หายด้วยแผนปัจจุบัน แต่จะหายด้วยการรักษาแผนโบราณเป็นต้น เมื่อพิจารณาถึงการดูแลรักษาแผนโบราณหรือพื้นบ้าน กล่าวได้ว่าเป็นส่วนที่ซึมซับอยู่ในวิถีการคิด และผสมกลมกลืนกับการดำเนินชีวิตของคนไทย เนื่องจากเกิดขึ้นจากบริบททางสังคม และวัฒนธรรมของชาวนานเอง ซึ่งวิธีการเหล่านี้ทั้งการเสริมและขัดกับการดูแลรักษาแผนปัจจุบัน ความสำคัญจึงอยู่ที่การให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่จะเสริมผลของการรักษาแผนปัจจุบันโดยไม่ก่อให้เกิดผลร้ายใด ๆ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลดังกล่าว ทำให้มีการแสวงหาแหล่งการรักษาไปเรื่อย ๆ ตามข้อมูลที่ได้มา เป็นเหตุให้เปลี่ยนแปลงการรักษา ในขณะที่อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและปัญหาอื่น ๆ ตามมา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างต่อไปนี้

"ฉันอยากให้ทางโรงพยาบาล มีเจ้าหน้าที่ให้ซักถามได้ เวลาหมออะไรสงสัย แต่ไม่มีเลย ฉันเองใช้วิธีถามเพื่อนคนหนึ่งซึ่งเปิดร้านขายยาอยู่ เขาพอมีความรู้บ้าง เวลาหมออะไร ฉันจะโทรไปถาม"

"ไปรักษามาแล้วหลายแห่ง ใครบอกว่าที่ไหนดีไปหมด จนเดี๋ยวนี้ฉันเบื่อแล้ว แต่ลุงแกไม่ยอม รบเร้าจะให้พาไป ไปหาหมอมาครั้งหนึ่ง กินยาได้ 2-3 วัน ไม่ดีขึ้น ลุงแกจะไม่ยอมกินยา อยากให้พาไปหาหมออื่นต่อไป ฉันเองกลัวใจ ไม่รู้จะทำยังไงดี ต้องตามใจแก ไม่งั้นจะรบเร้าอยู่อย่างนั้น"

"มีคนแนะนำ บอกว่า หมอคนนี้เก่ง ขนาดคนเป็นอัมพาตเดินไม่ได้เลยให้รักษาเดือนเดียว เดินได้ ฉันเลยเชื่อเขา ให้มานวดและประคบที่บ้าน ทำวันแรก แพนไ้จ้้นเลย วันต่อมาเป็นแผล ฉันพาไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอบอกว่า คนเป็นอัมพาต ความรู้สึกเสีย ประคบความร้อน

เท่าไรไม่รู้สิกร้อน เนื้อเลยสุก ถ้าเป็นแผลแล้วจะหายช้า ฉันว่า แพน
โซคไม่ดี คนอื่นรักษาหาย นี่ไม่หายยังมาเป็นแผลอีก"

"ฉันไปมาหมดแล้ว ใครว่าที่ไหนดีจะพาไป ต่างจังหวัดไกล แค่นี้ไหมไป
มาแล้ว ทั้งฝังเข็ม ยาหม้อ หมอพระ โรงพยาบาล ไปมาแล้วหลายแห่ง
หมดเงินทองไปไม่รู้เท่าไร ไม่เห็นว่าจะดีขึ้น"

"เวลาขึ้นมาเยี่ยม คนนี้แนะนำอย่าง คนนั้นแนะนำอย่าง ทำให้ฉันว่าวุ่นใจ
ไม่รู้จะเชื่อใครดี บางครั้ง ฉันรู้สึกเหมือนว่าไม่เอาใจใส่สามี ความ
จริงทำทุกอย่างแล้วไม่ดีขึ้น ไม่รู้จะทำอย่างไร"

ความต้องการในการดูแล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความต้องการในการดูแลสูง
เล็กน้อย ($\bar{x} = 39.81$ $SD = 5.87$ $skewness = -.45$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่ มีความเชื่อในการคิดรู้ ความต้องการในการดูแลจึงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการที่กลุ่มตัว
อย่างประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วยในระดับมากถึงร้อยละ 82.67 (ตารางที่ 2) นอกจากนี้
ระยะเวลาในการดูแลเป็นนาน กลุ่มตัวอย่างจะให้การดูแลผู้ป่วยน้อยลงอีกด้วย ($r = -.38$,
 $p < .01$) (ตาราง ก ในภาคผนวก) อาจเป็นไปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกิจกรรมต่อเนื่อง
ที่ไม่รู้วันสิ้นสุด โดยเฉพาะกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จะไม่เห็นผลในเวลาอันสั้น กลุ่มตัว
อย่างจะประเมินว่า ไม่ได้ผล เกิดความเบื่อหน่าย และไม่มีกำลังใจที่จะให้การดูแลต่อเนื่อง
ประกอบกับ ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเอง ทำให้
ต้องเลิกกิจกรรมการฟื้นฟูไป การดูแลที่คงไว้จะเป็นการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน
ทั่ว ๆ ไปเท่านั้น ตัวอย่างคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

"เดี๋ยวนี้ ดิฉันเองไม่ค่อยไหวแล้ว โดนคุณดูแลมา 8 ปีเต็ม แต่ก่อนทำให้
ทุกอย่าง เพราะว่าสังขารยังดีอยู่ ตอนนี่ ละเลยไปบ้าง ทำเท่าที่ทำได้
อย่างอาบน้ำ แต่ก่อนอาบให้ทุกวัน ตอนนี่ 2-3 วันอาบให้ครั้งหนึ่ง
ดิฉันอ้อมไม่ไหว หลังไม่ดี ต้องรอลูกว่าง จะได้ช่วยยก"

"แต่ก่อนฉันทำให้ทุกอย่าง ใครว่าอะไรดีทั้งหมด ตั้งแต่การนวด ประคบ ทำรอกให้ยกขา ทำไปนาน ๆ มันเหนื่อย ก็อย่างนั้นแหละ ไม่เห็นดีขึ้น เลยอ่อนใจ อีกอย่างแกลงเองไม่ยอมทำ เป็นโรคนี้ก็เลยจะคุณ ให้ทำอะไรไม่ยอมทำหรอก เลยเบื่อกว่าจะต้องทะเลาะกับแม่ ตอนนั้นก็ดูแลเรื่องกินอยู่ 3 มื้อเท่านั้น"

เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยของความต้องการรายด้าน พบว่า ความต้องการด้านการดูแลระหว่างบุคคลสูงสุด รองลงมาคือ การดูแลโดยตรง และการดูแลทั่วไปต่ำสุด การที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลระหว่างบุคคลสูงสุด อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคิดรู้ ได้แก่ สับสน หลงลืม ไม่สามารถสื่อสารหรือเข้าใจได้ดี มีพฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวน การดูแลระหว่างบุคคลจะเกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ การประคับประคองอารมณ์ การเฝ้าระวัง และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับกิจกรรมดังกล่าวมากที่สุด โดยให้เหตุผลว่า ต้องคอยเอาใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ดี ไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ และคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการกระทำที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของคาเรย์ และคณะ (Carey et al, 1991) พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ใช้เวลามากที่สุดคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่วนการวิจัยของวอลฮาเกน (Wallhagen, 1992) พบว่า การสื่อสารและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการดูแลที่ใช้เวลามากที่สุด

การดูแลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมดูแลด้านนี้ ประกอบด้วยงานบ้าน การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน และกิจกรรมอื่น ๆ นอกบ้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ ภาระกิจส่วนใหญ่จำกัดอยู่กับการดูแลสามีและงานบ้าน ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ จะมีบุตรเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านนี้จึงต่ำสุด

การประเมินสถานการณ์ของการดูแล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ของการดูแลเป็นทั้งคุณภาพ ความเครียด และมีผลดี จึงยืนยันความตรงของทฤษฎีที่ว่า การประเมินสถานการณ์จะเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งการประเมินในทางบวกและลบ (Lazarus & Folkman, 1984) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินว่า เป็นความเครียดสูงสุด ($\bar{x} = 2.91$ SD. = .77) รองลงมาคือคุณภาพ ($\bar{x} = 2.76$ SD = .91) และมีผลดีต่ำสุด ($\bar{x} = 2.59$ SD = .83) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัย

ของโอเบิร์ส (Oberst, 1991) ซึ่งศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดีสูงสุด ($\bar{x} = 3.58$ $SD = .81$) รองลงมาคือ ความเครียด ($\bar{x} = 2.86$ $SD = .83$) และคุณภาพต่ำสุด ($\bar{x} = 2.24$ $SD = .86$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้และของโอเบิร์ส จะมีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรมและภูมิหลังกันอยู่บ้าง จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดีแตกต่างกันเล็กน้อย ส่วนคุณภาพและเป็นความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ค่าที่ใกล้เคียงกันนี้ สามารถสนับสนุนความตรงของแบบประเมินสถานการณ์ของการดูแลได้ในระดับหนึ่ง

เมื่อวิเคราะห์ถึงการที่กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล เป็นความเครียดสูงสุด อาจจะเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความเชื่อในการคิดรู้ ทำให้มีความต้องการในการดูแลสูง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจึงมีความจำกัดในการดูแลสามี การดูแลสามีจึงเป็นประสบการณ์ตรงที่ส่งผลต่อสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ของการดูแลเป็นความเครียดสูงสุด ดังจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อในการคิดรู้มาก กลุ่มตัวอย่างจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลเป็นความเครียดมาก ($r = .24$, $p < .05$) (ตาราง ก. ในภาคผนวก) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพมาก จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลเป็นความเครียดมากด้วย ($r = .31$, $p < .01$) (ตาราง ก. ในภาคผนวก)

ส่วนการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมตามวัย ประกอบกับการมีปัญหาสุขภาพ จึงเป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่ดูแลสามี เป็นเหตุให้มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดีต่ำสุด ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลมีผลดีน้อย ($r = -.50$, $p < .001$) (ตาราง ก. ในภาคผนวก) ผลที่ได้ต่างจากการวิจัยของโอเบิร์สและคณะ (Oberst et al, 1989) และคาเรย์และคณะ (Carey et al, 1991) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่อายุน้อยจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลมีผลดีมากด้วย ($r = .50$, $p < .001$; $r = .43$, $p < .001$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบอายุของกลุ่มตัวอย่างกับการวิจัยครั้งนี้ ปรากฏว่าใกล้เคียงกัน กล่าวคือมีค่าเฉลี่ย = 53.3 และ 55.6 ตามลำดับ ส่วนที่ต่างกันคือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลซึ่งการวิจัยของโอเบิร์สและคณะนั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีภาวะสุขภาพดีถึงดีมาก ส่วนการวิจัยของคาเรย์และคณะกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87 มีภาวะสุขภาพดีถึงดีมากเช่นกัน แต่การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 47 เท่านั้นที่มีสุขภาพดี ดังนั้นจึงบ่งชี้ความแตกต่างระหว่างการวิจัยครั้งนี้กับการวิจัยดังกล่าว คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

แล การที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีสุขภาพต่ำกว่า อาจจะเป็นไปได้ว่า สภาพความเป็นอยู่ แหล่งประโยชน์ และความรู้ในการดูแลสุขภาพอาจจะต่างกัน ประกอบกับการะในการดูแลซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอาจจะต่างไปด้วย เนื่องจาก วัฒนธรรม นิยม ประเพณีในสังคมไทย สามีมีอำนาจอันชอบธรรมในการเรียกร้องและต้องการการปรนนิบัติดูแลสูงในระหว่างเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินการพึ่งพาของสามีอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้และการวิจัยของคาเรย์และคณะพบว่าสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดี อาจจะเป็นไปได้ว่า ต้องเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างอายุ และภาวะสุขภาพจึงจะมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ซึ่งต้องการการทดสอบให้ได้ผลแน่ชัดในการวิจัยครั้งต่อไป

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูงเล็กน้อย ($\bar{x} = 97.82$ $SD = 22.29$ $skewness = -.29$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญาสุขภาพ จึงมีความจำกัดในการดูแลสามี ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญาสุขภาพมาก จะมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมากด้วย ($r = .33$, $p < .01$) (ตาราง ก. ในภาคผนวก) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของโรบินสัน (Robinson, 1990b) ศึกษาในภรรยา]ของผู้ป่วยเรื้อรังเช่นกัน พบว่า ภรรยาที่มีสุขภาพดี จะมีการรับรู้ถึงภาระเชิงจิตวิสัยน้อยกว่าภรรยาที่มีสุขภาพไม่ดี ($r = -.26$, $p < .05$) นอกจากนี้ปริมาณเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ไปกับการดูแลต่อวันค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 12.42$, $SD = 8.01$) (ตารางที่ 1) ปริมาณเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ไปกับการดูแลมาก ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะมากด้วย ($r = .31$, $p < .001$) (ตาราง ก ในภาคผนวก) ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยของ เบลลีและคณะ (Baillie et al, 1988) ที่ศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลต่อวันมาก จะมีความรู้สึกเป็นทุกข์มาก ($r = .40$, $p < .001$) นอกจากนี้ พยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีความเลื่อมในการคิดรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเลื่อมในการคิดรู้มาก ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะมากด้วย ($r = .28$, $p < .05$) (ตาราง ก ในภาคผนวก) ความเลื่อมในการคิดรู้อาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป และอาจเพิ่มความเครียดให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับการสนองตอบจากสามีเหมือนเดิม เช่น การถนอมน้ำใจ การแสดงความรัก การเป็นเพื่อนคู่คิด และอื่น ๆ ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญาสุขภาพประกอบกับปริมาณเวลาในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างสูง และผู้ป่วยมีความเลื่อมใน

การคิดรู้ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลก่อนไปทางสูง อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยที่ได้สูงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 102.42$, $SD = 27.70$) ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสูงเพียงเล็กน้อย ดังจะเห็นได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะน้อยลง ($r = -.42$, $p < .001$) (ตารางที่ 8) หลักฐานที่สนับสนุนว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.92 มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลสามี ซึ่งแสดงถึงการมีความเครียดชัดเจนได้แก่รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ใจสั่น ตกใจง่าย หายใจไม่เต็มอิ่ม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และปวดศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของดินและบ็อกนอฟ (Dean & Bogdnoff, 1967) ที่พบว่าร้อยละ 67 ของคู่สมรสผู้ป่วยเรื้อรังแสดงอาการเจ็บป่วยเนื่องจากความเครียด การวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียดมาก จะมีปัญหาสุขภาพมากด้วย ($r = .31$, $p < .01$) (ตาราง ก. ในภาคผนวก)

เมื่อพิจารณาถึง ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดด้านการมีบทบาทมากเกินไปสูงสุด รองลงมาคือ ความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือในบทบาทต่ำสุด การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดด้านการมีบทบาทมากเกินไปสูงสุด อาจเนื่องจากการรับหน้าที่ดูแลสามีเป็นการเพิ่มภาระให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก เนื่องจากความเอื้ออาทรและความห่วงใยต่อสามี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับการดูแลสามีค่อนข้างมาก มีจำนวนไม่น้อยที่ใช้เวลาในการดูแลสามีตลอด 24 ชั่วโมง ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลระหว่างบุคคลและการดูแลทั่วไปมาก จะมีความเครียดด้านการมีบทบาทมากเกินไปสูง ($r = .29$, $p < .01$; $r = .23$, $p < .05$ ตามลำดับ) (ตาราง ข. ในภาคผนวก) ดังนั้น การดูแลสามี ผูกพันกับภาระหน้าที่ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอยู่เดิม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาระและความรับผิดชอบมาก เป็นเหตุให้ความเครียดด้านการมีบทบาทมากเกินไปเด่นชัดที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของบันติง (Bunting, 1989) พบว่า ร้อยละ 97 ของคู่สมรสผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีเวลาในการผ่อนคลาย และร้อยละ 80 ไม่มีโอกาสละจากการดูแลได้เลย ส่วนการวิจัยของโรบินและคณะ (Robin et al, 1982) พบว่า ร้อยละ 82 ของผู้ทำหน้าที่ดูแล มีความเหนื่อยล้าเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลทำงานเองเดียวกันคือ มีความเหน็ดเหนื่อย ภาระกิจแต่ละวันต้องทำด้วยความรีบเร่ง ไม่มีเวลาพักผ่อน และนอนไม่เพียงพอ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งดังนี้

"เหนื่อยสะสม เป็นประจำเลย กลางคืนไม่ค่อยได้นอนหรือ หลงแวกวน ระบายอยู่เรื่อย เดี่ยวจะกินน้ำ เดี่ยวจะฉี่ บางทีน้ำท่วมแกก็จะตื่นขึ้นมาดู คืนหนึ่งหลับได้จริง ๆ 3-4 ชั่วโมงได้ ตื่นขึ้นมาก็ไม่ได้หยุด ทำงานทั้งวัน ไม่ได้พักหรือ บางทีวังเหวี่ยงเกินไป อยากจะหลับสักงีบ ก็ทำไม่ได้ทั้งงาน หมุนไปหมุนมาหมดวัน บางวันพอเสร็จงานหมดเรี่ยวแรง ล้มตัวลงนอนหลับไปเลย ข้าวปลาไม่ได้ทาน มาตื่นเมื่อลุกเรีบ" "

ในส่วนของการวัดแรงในบทบาท พบว่า ความขัดแย้งที่ปรากฏเด่นชัดในกลุ่มตัวอย่าง เป็นความขัดแย้งระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วย ดังจะเห็นได้ว่าการดูแลสามีโดยตรง ได้แก่การให้การดูแลระหว่างบุคคลมาก กลุ่มตัวอย่างจะมีความขัดแย้งในบทบาทมากขึ้น ($r = .32, p < .001$) (ตาราง ข. ในภาคผนวก) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของไคลน์และคณะ (Klien et al, 1967) ศึกษาในคู่สมรสและการวิจัยของชีแฮนและนัททัล (Sheehan & Nuttal, 1988) ศึกษาสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญของการเกิดความเครียด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของสามีซึ่งเป็นสาเหตุของความขัดแย้งในตนเองเดียวกัน ได้แก่ จี้เกียจ ไม่ยอมช่วยตัวเอง ดื้อรั้น อารมณ์ร้าย เอาแต่ใจตัวเอง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างต่อไปนี้

"เบื่อเหวี่ยงเกินไป อยากจะหนีไปไหนสักพัก ยิ่งกว่าเลี้ยงเด็ก ๆ อีก เด็กถ้าไม่เชื่อฟังได้ แต่ไม่ทำเหมือนแกล้ง ยิ่งว่าดูเหมือนยิ่งยุ บอกว่าอย่าทำอะไร ทำ ที่บอกให้ทำ กลับไม่ยอมทำ"

"บ๊วว่าแกเป็นคนเห็นแก่ตัว เรียกร้องเหวี่ยงเกินไป บ๊วเองจะทานข้าวสักมือ ยังไม่เป็นสุข เดี่ยวเรีบ ๆ ทั้งที่แกเอง พอทำได้ แต่ไม่ยอมทำ บ๊วเครียดจนต้องหาหมอประสาท ได้ยานอนหลับมา ไม่งั้นนอนไม่หลับ"

"พี่เองปลื้มตัวไปไหนไม่ได้เลย ถ้าจำเป็นต้องไปจริง ๆ แฟนพี่จะกะเวลาให้เลยว่าจะต้องกลับมาบ้านกี่โมง ถ้าเกินกว่านั้น เป็นได้เรื่อง จะด่าว่าพี่อย่างหยวนคาย หาว่าพี่นอกใจ"

"เอาแต่ใจตัวเอง เวลาทำอะไรก็ไม่ทันใจ จะคำทอเสียงดัง บางทีอดรนทนไม่ได้ ฉันอาละวาดให้บ้าง แต่ทำแล้วก็เสียใจว่าไม่น่าเลยสงสารแก บางทีปลอบใจตัวเองว่า ไหนๆ ก็อยู่กับมาจนนานแล้ว ก็จะต้องทนกว่าจะตายไป แต่ฉันว่าฉันคงตายก่อน เวลาเครียด ฉันกินไม่ได้ นอนไม่หลับ แต่แกเองกินเก่ง นอนเก่ง"

ความคลุมเครือในบทบาท พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลสามีนานพอสมควร ($\bar{X} = 28.53$, $SD = 24.39$) ประกอบกับผู้ป่วยเรื้อรังมักไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วที่ต้องการให้การดูแลที่ซับซ้อนแต่อย่างใด คะแนนเฉลี่ยส่วนนี้จึงต่ำกว่าด้านอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งโดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ใหม่ในการดูแล ให้ข้อมูลว่า ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าควรดูแลสามีอย่างไรเพื่อให้อาการดีขึ้น และทำอะไรไม่ถูกเมื่ออาการของสามีเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้จะเรียนรู้วิธีการดูแลสามีด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงการมีความคลุมเครือในบทบาทชัดเจน ดังจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลสูง กลุ่มตัวอย่างจะมีความคลุมเครือในบทบาทได้มาก ($r = .26$, $p < .01$) (ตาราง ข. ในภาคผนวก)

แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

การทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่สร้างขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของร็อบ เพื่อศึกษาอิทธิพลของสิ่งเร้า ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแลต่อผลลัพธ์การปรับตัว ได้แก่ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผ่านกระบวนการคิดรู้ ด้วยการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี (ดังแสดงในรูปที่ 3)

ผลการวิจัย พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยมีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเศรษฐานะทางสังคมดี จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของโรบินสัน (Robinson, 1990b) และของไฮล์แมนและคณะ (Hilman et al, 1992) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของโคเนย์และดีลองกิส (Coyne & Delongis, 1986) ทั้งเศรษฐานะ

ทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ร่วมทำนุบำรุงแรงสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 27 (ตารางที่ 9)

ทั้งเศรษฐฐานะทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ไม่มีผลโดยตรงต่อความต้องการในการดูแล (ตารางที่ 10) ในส่วนของเศรษฐฐานะทางสังคมจะกล่าวต่อไป เมื่อวิเคราะห์ถึงการที่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อความต้องการในการดูแล อาจจะเป็นไปได้ว่า ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.46 เป็นครอบครัวเดี่ยว (ตารางที่ 1) ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร ดังนั้นบุคคลสำคัญที่จะให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย คือ บุตร แต่บุตรส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน โอกาสที่จะมีเวลาให้ความช่วยเหลือจึงมีน้อย พอมีเวลาอยู่บ้างเฉพาะเสาร์-อาทิตย์ นอกจากนี้ความรักและผูกพันที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อสามี ทำให้ไม่สามารถละวางไปจากการดูแลได้ เนื่องจากเกรงว่า คนอื่นจะไม่รู้ใจหรือไม่สามารถให้การดูแลได้ดีเท่ากับตน ประกอบกับกิจกรรมการดูแลบางอย่าง ผู้ป่วยไม่สะดวกใจที่จะให้บุตรเป็นผู้ดูแล เนื่องจากมีความเขินอาย เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดหลังถ่าย เป็นต้น ส่วนบุคคลในระบอบเกื้อหนุน ได้แก่ ญาติ พี่น้อง หรือแม่สามี จะให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์มากกว่าการช่วยดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.92 ให้ข้อมูลว่าไม่มีใครให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ตารางที่ 1) ตัวอย่างคำบอกเล่าจากกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

"ลูกช่วยบ้างได้นิดหน่อย เฉพาะเสาร์-อาทิตย์ วันธรรมดาพวกเขาทำงานกันหมด กลับมาก็เหนื่อย อีกอย่างพ่อเขาเกรงใจลูก ไม่ค่อยกล้าใช้ บางเรื่องเขากระดากอาย ไม่ยอมมาให้ลูกทำ เช่น การทำความสะอาดหลังถ่าย ฉ้นเลยต้องทำเอง แต่ลูกจะช่วยเรื่องเงินทอง ซื้อข้าวของมาให้ ถ้าขาดเหลืออะไรบอกเขาได้"

"ลูกๆ ไม่ค่อยรู้ใจพ่อเขาหรอก มาดูประเดี๋ยวประด๋าวไม่ใส่ใจเท่าฉ้น เช่น เวลาลูกทำกับข้าวให้ พ่อเขาจะทานไม่หมด บ่นว่าไม่ได้รับรสชาติที่เขาชอบ แต่ถ้าฉ้นทำ เขาจะทานหมด เวลาเห็นเขาทานไม่หมด ฉ้นเองจะไม่สบายใจ เลยทำเสียเองดีกว่า"

"คนอื่นมาเยี่ยมบ้าง ในฐานะคนรู้จัก ไม่ได้ให้ความช่วยเหลืออะไร มีลูกนี้แหละ บางทีฉ้นเครียดมาก ๆ จะลงกับลูก พวกเขาก็เข้าใจ บางทีวันหยุด

ลูกอยากให้เป็นได้ไปไหนมาไหนบ้าง รับอาสาพาไปให้ แต่ฉันไม่อยากไป ได้
อยู่กับครอบครัวพร้อมหน้าก็มีความสุขแล้ว"

แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล พบว่า มีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพ (ตารางที่ 11) โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลในทางลบ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพน้อย ส่วนความต้องการในการดูแล มีผลในทางบวก แสดงว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลมาก กลุ่มตัวอย่างจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพมากด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของโอเบิร์ส (Oberst, 1991) โอเบิร์สและคณะ (Oberst et al, 1989) และแคร์รี่และคณะ (Carey et al, 1991) ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล ร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพได้ร้อยละ 14 แต่พื้นฐานทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ

การที่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณภาพ อาจเนื่องจาก การประเมินสถานการณ์ว่าคุณภาพ อาศัยข้อมูลปัจจุบันเป็นพื้นฐานในการคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับอนาคตในทางลบ (Lazarus & Folkman, 1984) แต่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ในอดีต ถึงแม้การวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า มีอิทธิพลต่อ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน แต่อาจจะไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลโดยตรง ส่วนพื้นฐานทางสังคมจะกล่าวถึงต่อไป

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล พบว่า มีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียด (ตารางที่ 12) โดยที่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลในทางลบ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย และรับรู้ว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากในระหว่างดูแลสามี จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียดน้อย ส่วนความต้องการในการดูแลมีความสัมพันธ์ในทางบวก แสดงว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลมาก กลุ่มตัวอย่างจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดมากด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย โอเบิร์ส (Oberst, 1991) โอเบิร์สและคณะ (Oberst et al, 1989) และแคร์รี่และคณะ (Carey et al, 1991) ทั้งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแลร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์

ของการดูแลว่าเป็นความเครียดได้ร้อยละ 12 แต่พื้นฐานทางสังคมไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดดังจะกล่าวต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการดูแลสามี ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีสัมพันธภาพดีและไม่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย แสดงถึงการมีความเครียดต่างกันชัดเจน ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะมีความยืดหยุ่นใจเย็น และใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ส่วนกลุ่มที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย จะแสดงออกทางอารมณ์ชัดเจน อย่งไรก็ตาม สิ่งที่เหมือนกันของทั้ง 2 กลุ่มคือ มีความมุ่งมั่นที่จะรับหน้าที่ดูแลสามี ซึ่งสะท้อนถึงคุณธรรมของผู้เป็นภรรยาอย่างชัดเจน ตัวอย่างคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย

"ใคร ๆ ก็ชมว่า ฉันดูแลสามีดี ที่ฉันทำได้ทุกวันนี้ เกิดจากความรักและ
สงสาร สองคนรวมกันแล้ว มีค่ามากสำหรับชีวิต"

"ดูแลโรคนี้ต้องใจเย็น ต้องเข้าใจว่าโรคนี้ประสาทแปรปรวน ให้เครียด
ไม่ได้ ถ้าเครียดจะทำให้ไปกันใหญ่ เวลาสามีหงุดหงิด ฉันจะหาทาง
ทะล่อมค่อย ๆ พูดกับเขาคับเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ เขาจะยอมรับฟังดี
ไม่มีปัญหาอะไร"

กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย

"แต่ก่อนรักเขามาก เดิมนั้นไม่รัก ถือว่าทำตามหน้าที่ จะให้ทิ้งไปได้
อย่างไร อย่างน้อยได้ชื่อว่า เป็นสามีภรรยาเราก็ต้องดูแลกันไป"

"ใคร ๆ ก็ว่าฉันจะรับเขามาเป็นภาระทำไม แยกกันอยู่ตั้งนานแล้ว
และไม่เคยส่งเสียเราเลย แต่ฉันคิดว่า เป็นการชดใช้กรรม เมื่อไม่มี
ใครเอา ก็ต้องรับ ถึงอย่างไร ยังไม่ได้หย่าขาดจากกัน ในทะเบียน
สมรสยังอยู่ ฉันยังต้องรับผิดชอบชีวิตเขาครึ่งหนึ่ง"

"เขาเป็นคนเห็นแก่ตัว ไม่รับผิดชอบครอบครัว ทำตัวเองจนเป็นอย่างนี้
ไม่พ้นที่จะเป็นภาระของดิฉัน บางที่แค้นใจมาดิฉันก็ทำเขาแรง ๆ
เหมือนกัน"

"นึกถึงความร้ายกาจของเขาแล้วแค้น แต่แค้นยังงี้ก็ยังต้องดูแล ทั้งไม่
ลง ทำไปแค้นไปแหละคุณ แต่งงานกับเขาเหมือนตกรอกทั้งเป็น ตอนที
ฉันทุกวัน ฉันว่าเขาเป็นอย่างนี้เป็นเพราะบาปกรรมที่เขาทำกับฉัน"

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย จะได้รับ
แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดให้ข้อมูลว่าไม่เคยได้
รับคำชมหรือกล่าวในทำนองเห็นคุณความดีของตนจากสามี ในระหว่างให้การดูแลเลย นอกจากนี้
ยังมีแนวโน้มที่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบเพื่อนน้อยอีกด้วย เนื่องจากการมีปัญหา
ในชีวิตสมรส ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย ตัวอย่างคำบอกเล่าจากกลุ่มตัวอย่างต่อ
ไปนี้

"ดิฉันไม่มีใครเลย มันเป็นความผิดของดิฉันเอง ความที่มีปัญหาครอบครัว
ทำให้ดิฉันผิดกับตัวเอง ไม่อยากคบหาสมาคมกับใคร เพราะไม่อยากให้
ใครรู้"

"ดิฉันมีปัญหาครอบครัว การที่จะยื่นมือช่วยเหลือใครก็ไม่มี ดิฉันจึงไม่หวัง
ว่าจะมีใครให้ความช่วยเหลือนอกจากลูก"

แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล พบว่า มีผลโดยตรงใน
ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี (ตารางที่ 13) แสดงว่า กลุ่มตัว
อย่างที่ได้รับรู้ว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลมาก
กลุ่มตัวอย่างจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี มากด้วย ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม
และความต้องการในการดูแล ร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลได้ร้อยละ 19 แต่
เศรษฐกิจทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีผลต่อการประเมิน
สถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี

การที่สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี อาจเนื่องจาก การประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดี เป็นการประเมินผลลัพธ์ของสถานการณ์ในทางบวก กล่าวคือ จะดำรงหรือส่งเสริมสวัสดิภาพของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อพิจารณาถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่า ไม่มีส่วนในการดำรงหรือส่งเสริมสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน แต่จะส่งเสริมสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส (ตารางที่ 9)

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการในการดูแลมีผลในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ซึ่งทิศทางความสัมพันธ์ต่างไปจากผลการวิจัยของโอเบิร์ต (Oberst, 1991) ที่พบว่าความต้องการในการดูแลมีผลในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดี ผลที่แตกต่างกันนี้ อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างในชนบทนิยม และวัฒนธรรม ในสังคมไทย หญิงถูกกำหนดบทบาทให้รับผิดชอบ งานบ้าน และการปรนนิบัติสามี การรับหน้าที่ดูแลสามีในระหว่างเจ็บป่วย ถือเป็นความรับผิดชอบในฐานะที่เป็นภรรยา ประกอบกับความรักและความผูกพันที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อสามี กลุ่มตัวอย่างจะประเมินการดูแลสามีว่า เป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก นับเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนคุณความดีของสามีในระหว่างใช้ชีวิตร่วมกันมา ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรักและผูกพันกับสามีมาก จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีมากด้วย ($r = .22, p < .05$) (ตาราง ข. ในภาคผนวก) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด นับถือ ศาสนาพุทธ ซึ่งมีอิทธิพลเหนือกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการทำกรรมดีและกฎแห่งกรรม โดยเชื่อว่า การดูแลสามีระหว่างเจ็บป่วย เป็นการทำความดีอย่างหนึ่ง อีกทั้งในระหว่างดูแลสามี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับคำชมเชยจากบุคคลรอบข้างว่า เป็นคนดี เนื่องจากดูแลเอาใจใส่สามีดี จึงเป็นการยืนยันคุณความดีที่ตนได้กระทำ ปัจจุบันเหล่านี้ จะหล่อหลอมการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี ดังจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลโดยตรงและการดูแลระหว่างบุคคลมากจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี มากด้วย ($r = .30, p < .001$; $r = .32, p < .001$ ตามลำดับ) (ตาราง ข. ในภาคผนวก) ตัวอย่างคำบอกเล่าจากกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

"เมื่อตอนเขาดี เขาทำมาหาเลี้ยงเราดี เมื่อเขามาเป็นอย่างนี้ก็จะดูแล
เขาให้ดีที่สุด จนกว่าจะสิ้นบุญไป"

"ป้ามีญาติคนหนึ่ง สามี่แก่ป่วยด้วยโรคเดียวกันกับลุงนี้แหละ ญาติคนนี้ไม่ค่อยสนใจดูแลสามี่ พอสามี่ตาย ญาติป้ามาอยู่บ้านหลังนั้นไม่ได้เลย กลัวสามี่จะมาหลอกหลอน ป้าเองคิดว่า ตอนลุงดี ๆ แกเป็นคนดี ขยันทำงานกินไม่ให้ครอบครัวเดือดร้อน เมื่อมาเป็นแบบนี้ ป้าดูแลเต็มที่เท่าที่จะทำได้ถ้าแกจะต้องเป็นอะไรไป ป้าจะได้ไม่ต้องเสียใจ"

"ใคร ๆ ก็พูดกันว่า ถ้าเป็นเขา ๆ ที่ไปนานแล้ว ฉันทำไมลงหรอก เห็นแล้วสงสาร คนเคยอยู่ด้วยกันมา จะทิ้งขว้างได้อย่างไร ฉันเองเชื่อเรื่อง บาป บุญ คุณ โศภ คุณแลก็เหมือนทำบุญอย่างหนึ่งเหมือนกัน"

การวิจัยนี้ พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคม ไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี และไม่มีผลต่อความต้องการในการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ข้อมูลเศรษฐฐานะทางสังคม ได้แก่ รายได้ต่อเดือนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ข้อมูลรายได้นี้ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพาผู้ป่วยมารับการรักษา เมื่อติดตามการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า รายได้ที่กลุ่มตัวอย่างระบุไม่สอดคล้องกับฐานะความเป็นอยู่ที่พบเห็น ประมาณาการว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลรายได้ต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง ผู้วิจัยประเมินจากสภาพความเป็นอยู่ที่บ้านมีฐานะปานกลาง แต่กลุ่มตัวอย่างระบุรายได้ต่อเดือนเพียง 6,500 บาทเท่านั้น อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีผู้วิจัยคือบุคลากรในโรงพยาบาล ประกอบกับขั้นตอนของการอธิบายเพื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลว่า ผลการวิจัยจะนำไปเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงบริการและการช่วยเหลือการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงผลประโยชน์ ที่อาจจะได้รับในระหว่างพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา โดยมีความเชื่อว่า การบอกรายได้ต่ำ อาจจะได้รับส่วนลดค่ายารักษา เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐมีนโยบายช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว หรืออาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบรายได้ที่แท้จริงของครอบครัวก็เป็นได้ และรายได้ที่กลุ่มตัวอย่างระบุ อาจเป็นรายได้ส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุอยู่ระหว่าง 4,000-8,000 บาทเท่านั้น เมื่อวิเคราะห์ว่า รายได้ระดับนี้เหตุใดจึงเพียงพอใช้จ่าย อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สูงอายุ และมีกิจกรรมภายในบ้าน จึงไม่มีค่าใช้จ่ายอะไรมากนัก กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับบุตร บุตรจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะอาศัย

ตามลำพังกับผู้ป่วยเรื้อรัง แต่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุตรในการซื้อข้าวของและอาหารมาให้ นอกจากนี้ กิจกรรมในการดูแล ไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษใด ๆ ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50 สามารถเบิกค่าการรักษาจากต้นสังกัดได้ (ตารางที่ 2) ดังนั้น แม้รายได้ต่ำ แต่เพียงพอใช้จ่าย ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.27 ระบุ รายได้ต่อเดือนเพียงพอใช้จ่าย (ตารางที่ 1) จากข้อสันนิษฐานข้างต้นอาจเป็นเหตุให้ การทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่าง เศรษฐฐานะทางสังคม กับ ความต้องการในการดูแลและการประเมิน สถานการณ์ของการดูแลไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียด พบว่า มีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามและเป็นความเครียดมากจะมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมากด้วย ทั้งการประเมินสถานการณ์ว่าคุกคาม และเป็นความเครียดร่วมทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 59 (ตารางที่ 14) แต่เมื่อควบคุมตัวแปรแต่ละตัวเพื่อดูผลโดยตรงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลแล้ว พบว่า การประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม สามารถทำนายได้ร้อยละ 11 และการประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถทำนายได้ร้อยละ 8 ดังนั้น การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียดร่วมทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19 ที่เป็นเช่นนี้เกิดจากตัวแปรคุกคามและความเครียดมีความสัมพันธ์กันสูง ($r = .75, p < .001$) หลังควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องแล้ว ทำให้ค่าที่ได้น้อยลงมาก การที่ตัวแปรคุกคามและความเครียด มีความสัมพันธ์กันสูงอาจเนื่องจากธรรมชาติของการประเมินสถานการณ์ว่า คุกคาม ต้องอาศัยข้อมูลจากสถานการณ์ปัจจุบัน ได้แก่ การประเมินว่าเป็นความเครียดเป็นพื้นฐานในการคาดเดาส่สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ดังที่ลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดจะเต็มไปด้วยการคาดเดาส่สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับอนาคตในทางลบ ในทางสถิติ วิธีการปรับแก้ไขตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันสูงคือการพิจารณาเลือกตัวแปรที่มีความสำคัญน้อยออกจากสมการ (ธวัชชัย วรพงศ์ธร, 2530) การวิจัยในครั้งนี้ พบว่า เมื่อสลับเปลี่ยนให้ตัวแปรคุกคามและความเครียดเข้าสมการเป็นอันดับแรก (ตารางที่ 9) ทั้ง 2 ตัวแปรสามารถทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ใกล้เคียงกันโดยที่คุกคามสามารถทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 50 ส่วนความเครียดสามารถทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 49 แสดงว่าทั้ง 2 ตัวแปรมีความสำคัญในการทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงมิได้ตัดตัวแปรใดออกจากสมการ อย่างไรก็ตาม การที่ทั้ง 2 ตัวแปรนี้มีความสัมพันธ์กันสูง บ่งชี้ถึงความต้องการในการตรวจสอบ

ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินสถานการณ์ของการดูแลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป

ผลการวิจัย พบว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดี ไม่มีผลโดยตรงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งต่างไปจาก ผลการวิจัยของโอเบิร์ต (Oberst, 1991) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการประเมินสถานการณ์ใด ๆ จะเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งการประเมินในทางบวกและลบ ต่างกันที่จะให้น้ำหนักของการประเมินทางใดมากกว่ากัน โดยอาจจะประเมินทางบวกมากกว่าทางลบ หรือทางลบมากกว่าทางบวกก็ได้ (Lazarus & Folkman, 1984) การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ของการดูแลไปในทางลบมากกว่าทางบวก กล่าวคือ ความเครียด เป็นความเครียด มากกว่า มีผลดี อาจจะเป็นไปได้ว่าระดับของการประเมินว่า มีผลดี น้อยเกินกว่าที่จะมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ถึงความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ดังจะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพ ($r = .31, p < .01$; $r = -.31, p < .01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการวัด เนื่องจากแบบวัดการประเมินสถานการณ์ของการดูแล มีผลดีมีค่าความเชื่อมั่นต่ำเล็กน้อย (.68) ทำให้การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดีและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย สนับสนุนว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแล ความเครียด และความเครียด มีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย แต่การประเมินสถานการณ์ว่า ความเครียด มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสูง ($r = .72, p < .001$) อาจจะเป็นไปได้ว่า ตัวแปรความเครียดและการวัดปนกันกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล เมื่อพิจารณาถึง แบบวัดการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า ความเครียด เป็นการรับรู้ถึงสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสามี ได้แก่ งานและความรับผิดชอบในการดูแล สัมพันธภาพและการปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต สุขภาพกายและสุขภาพจิต ผลกระทบทั่ว ๆ ไป ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์ของการดูแลทั้งปัจจุบันและอนาคต ส่วนแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ผลกระทบของการดูแลสามีต่อบทบาทในชีวิตประจำวัน ซึ่งครอบคลุม การมีบทบาทมากเกินไป ความขัดแย้งในบทบาทและความคลุมเครือในบทบาท แม้ว่าแบบวัดทั้ง 2 จะมีประเด็นในการวัดไม่เหมือนกัน แต่อาจจะมีส่วนข้อความที่สะท้อนถึงการวัดในสิ่งที่คล้ายคลึงกันโดยไม่ปรากฏข้อความที่แสดงถึงการวัดซ้ำในสิ่งเดียวกันที่ชัดเจน ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ว่า

คุกคาม และความเครียด กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งต้องการการตรวจสอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป

โดยภาพรวม ผลการวิจัย สนับสนุนความตรงเชิงทฤษฎีของแบบจำลองเชิงสาเหตุที่ว่า ภาระของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมดี หรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากในระหว่างดูแลสามี การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย ภาระของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดน้อย นอกจากนี้ การรับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ภาระของผู้ป่วยเรื้อรัง ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคามและเป็นความเครียดน้อยแต่จะมีผลดีมาก ในขณะที่ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลสูง ภาระของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามากทั้งคุกคาม เป็นความเครียดและมีผลดี การที่ภาระของผู้ป่วยเรื้อรังประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม และเป็นความเครียดสูง จะส่งผลให้มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสูงด้วย นอกจากนี้ เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลทางอ้อมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี ผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยมีผลทางอ้อมต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล มีผลทางอ้อมต่อ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม และเป็นความเครียด ผลการวิจัยนี้ ช่วยให้เห็นเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบและการให้บริการที่มีประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือภาระของผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984) ที่ว่าพฤติกรรมในการดำรงบทบาทของพวกเรา ต้องการองค์ประกอบของสิ่งเร้าที่สำคัญ 4 ประการคือ คู่บทบาท การได้รับความร่วมมือในการแสดงบทบาท รางวัลที่ได้รับจากการแสดงบทบาท และสิ่งอำนวยความสะดวกในการแสดงบทบาท การวิจัยครั้งนี้ ได้ขยายแนวคิดของสิ่งเร้าทั้ง 4 ประการ โดยที่คู่บทบาท เป็นสิ่งเร้าตรง ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความคาดหวังในบทบาท จึงเทียบได้กับความต้องการในการดูแล ส่วนสิ่งเร้าร่วม ได้แก่ การได้รับความร่วมมือในการแสดงบทบาทของผู้ดูแล หมายถึง การได้รับช่วยเหลือเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนรางวัลจากการแสดงบทบาท หมายถึง รางวัลที่ภรรยาจะได้รับจากการดูแลสามี ซึ่งเกี่ยวข้องกับ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และสิ่งอำนวยความสะดวกในการแสดงบทบาท หมายถึง วัตถุ สิ่งของ หรือ เครื่องมือที่เอื้อต่อการแสดงบทบาทของผู้ดูแล

ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สิ่งเร้าทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยในการปรับตัวที่ส่งผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณภาพ เป็นความเครียด และมีผลดี ผลการวิจัยให้ความรู้ใหม่เกี่ยวกับองค์ประกอบในการดำรงบทบาท ซึ่งเป็นการขยายแนวคิดของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในทฤษฎีการปรับตัวของรอย และช่วยให้เข้าใจสิ่งเร้าที่มีผลต่อกระบวนการคิดรู้ และการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ ไม่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางสถิติว่า ความต้องการในการดูแลเป็นสิ่งเร้าตรง แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และเศรษฐฐานะทางสังคมเป็นสิ่งเร้าร่วม แต่ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง สนับสนุนว่า ความต้องการในการดูแลเป็นสิ่งเร้าตรง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องมีการปรับตัวอย่างชัดเจน ส่วนสิ่งเร้าอื่น ๆ ดังกล่าวเป็นสิ่งเร้าร่วม เนื่องจาก เป็นปัจจัยตามธรรมชาติที่มีอยู่แล้วในสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง ที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล การขยายความรู้ภายใต้กรอบแนวความคิดของทฤษฎีการพยาบาล จะเป็นความรู้ที่มีความจำเพาะกับโลกทัศน์ของการพยาบาล (Phillip, 1988) และเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้กับศาสตร์ทางการพยาบาล (Chinn Kramer, 1991; Smith, 1992)

เมื่อพิจารณา การมีความหมายของเส้นทางความสัมพันธ์ในแบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ $\geq .05$ ผลการทดสอบ พบว่า สัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐานในแบบจำลอง มีค่า $\geq .05$ ทั้งสิ้น และทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐฐานะทางสังคม และการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีเท่าไร จึงสามารถยืนยันความตรงเชิงทฤษฎีของแบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้ได้ระดับหนึ่ง หากพิจารณา แบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น ในภาพรวม แบบจำลองนี้มีจุดเด่นคือสร้างขึ้นจากกรอบแนวความคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย ร่วมกับการสังเคราะห์ แนวคิดของการประเมินสถานการณ์ในทฤษฎีความเครียดของลาซารัส เข้ากับกระบวนการคิดในทฤษฎีการปรับตัวของรอย ผลการวิจัย พิสูจน์ความถูกต้องของข้อความเชิงทฤษฎีในแบบจำลองที่สร้างขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ว่า เป็นความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ว่าคุณภาพ และเป็นความเครียด แต่มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ว่า มีผลดี การประเมินสถานการณ์ว่าคุณภาพและเป็นความเครียด มีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จุดอ่อนของแบบจำลองเชิงสาเหตุนี้คือ ข้อความเชิงทฤษฎีซึ่งเป็นส่วนน้อยในแบบจำลองไม่ได้รับการสนับสนุนจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เศรษฐ

ฐานะทางสังคม ไม่มีผลต่อความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ว่า คุณภาพ เป็น ความเครียดและมีผลดี แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อความต้องการในการดูแลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ว่าคุณภาพและมีผลดี การประเมิน สถานการณ์ว่า มีผลดี ไม่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรเศรษฐกิจฐานะทางสังคม การวิจัยครั้งนี้มีจุดอ่อนคือ กลุ่มตัวอย่าง ประมาณครึ่งหนึ่ง (52 ราย) ให้ข้อมูลรายได้ต่ำกว่าฐานะความเป็นอยู่จริง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำและ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง การทดสอบความ สัมพันธ์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยจึงไม่สามารถทดสอบความตรงของ ข้อความเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจฐานะทางสังคมได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ แต่ทิศทางความสัมพันธ์ที่ได้จากการวิจัย เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยทั้งสี่ จึงสนับสนุนความตรงของข้อความเชิงทฤษฎีนี้ได้ในระดับหนึ่ง

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลตามธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับเครือข่าย ทางสังคม ซึ่งเครือข่ายทางสังคมไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม แก่กลุ่มตัวอย่างรวมถึงการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มีความร่วมมือกันในการบริหารจัดการ งานบ้านและการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อน และละวางจากการดูแลบ้าง ผล การทดสอบความสัมพันธ์จึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือใน การดูแลผู้ป่วยน้อย อย่างไรก็ตามทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งสนับสนุน ความตรงของข้อความเชิงทฤษฎีของแบบจำลองนี้ได้ระดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังบ่งชี้ว่า เครือข่าย ทางสังคม จำเป็นต้องได้รับข้อมูลเพื่อให้เข้าใจถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ ปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าที่เป็นอยู่ คาดว่าการทดสอบเส้นทางความสัมพันธ์ดังกล่าว น่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนตัวแปรการประเมินสถานการณ์ว่า มีผลดี การวิจัยครั้งนี้มีจุดอ่อน คือ ค่าความ เชื่อมั่นของแบบวัดส่วนนี้ต่ำเล็กน้อย (.68) อาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการวัด หากพิจารณา เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดีกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผลการวิจัยจะเป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่าการประเมินสถานการณ์ใด ๆ บุคคลจะมีการประเมินผสมกันทั้งด้านบวกและลบ ต่าง กันที่จะให้น้ำหนักด้านใดมากกว่ากัน การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้านบวกมากกว่าลบ ดัง จะเห็นได้ว่า คะแนนการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดสูงสุด รองลงมา

คือ คุณถาม ส่วนมีผลดีที่สุด อาจจะเป็นไปได้ว่า การประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดี อาจจะน้อยเกินกว่าที่จะมีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ผลการทดสอบจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามทิศทางการวิจัยที่ได้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย แต่เมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดี ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแลแล้ว การประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดี น่าจะมีผลโดยตรงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล แต่ผลการวิจัยพบว่า การประเมินสถานการณ์ว่ามีผลดีไม่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลซึ่งยังไม่ใช่ที่เข้าใจนัก จึงต้องการตรวจสอบด้วยการวิจัยต่อไป

กล่าวโดยสรุป การทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ ผลการวิจัยสนับสนุนความตรงของข้อความเชิงทฤษฎีของแบบจำลองนี้เป็นส่วนใหญ่ ส่วนน้อยไม่ได้รับการสนับสนุน อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ให้หลักฐานเบื้องต้น ซึ่งต้องการการทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันและกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อความเชิงทฤษฎีด้วยการวิจัยต่อไป

ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นเกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งที่เป็นข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ ประเด็นแรกเกี่ยวข้องกับการออกแบบวิจัย การวิจัยนี้ ออกแบบการวิจัยโดยการศึกษาไปข้างหน้าด้วยการเก็บข้อมูล 2 ครั้งห่างกัน 1 เดือน ครั้งแรก เก็บข้อมูลตัวแปรสาเหตุทั้งหมดได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลตัวแปรผล ได้แก่ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ดังนั้นการได้ข้อมูลตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลจะเป็นอิสระต่อกัน เนื่องจากการตอบแบบวัดตัวแปรสาเหตุจะไม่ส่งผลกระทบต่อแบบวัดตัวแปรผล การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลจะมีความเที่ยงตรง จึงเป็นการเพิ่มความเที่ยงตรงภายในของการวิจัย ประเด็นที่ 2 เกี่ยวข้องกับวิธีการเก็บข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจจะตอบคำถามเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของตนเองหรือตอบตามที่เห็นว่าจะเป็นที่ยอมรับของสังคม หรือไม่ทำให้มีการมองตนเองไปในทางลบได้ ซึ่งอาจจะทำให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ทำการสัมภาษณ์ 2 แห่ง ไม่มีสถานที่เฉพาะเพื่อการสัมภาษณ์ อาจทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่เป็นส่วนตัว และทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาธิในการตอบคำถามได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง อาจ会有ความลำเอียงในการอธิบายหรือชี้นำในการตอบคำถามไปในทิศทางที่ผู้วิจัยต้องการได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเที่ยงตรงภายในของการวิจัย ประเด็นที่ 3

เกี่ยวข้องกับการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถได้กลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่ม ผู้วิจัยลดข้อจำกัดนี้ด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จากโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งในกรุงเทพมหานคร แต่จำกัดเฉพาะภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังโดยมุ่งหวังจะได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเดียวกัน (homogeneity) ซึ่งเป็นการส่งเสริมความเที่ยงตรงภายในของผลการวิจัย ขณะเดียวกัน จะมีผลกระทบต่อความเที่ยงตรงภายนอก เนื่องจากผลการวิจัยมีความจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ประเด็นที่ 4 เกี่ยวข้องกับความตรงเชิงโครงสร้างของความเครื่องมือวิจัย แนวคิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการทดสอบความสอดคล้องภายใน และการทดสอบซ้ำแล้ว แต่ยังไม่มีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ทิศทางและความสัมพันธ์ของตัวแปรในแบบจำลองเชิงสาเหตุนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงถึงความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical validity) ได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้และเครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ควรได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างกับประชากรคนไทย ประเด็นสุดท้าย เกี่ยวข้องกับสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลซึ่งเป็นการวิเคราะห์หลายขั้นตอนตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง แต่ไม่สามารถบอกได้ว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมกับแบบจำลองในภาพรวมหรือไม่

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนบัจจับต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยเรื้อรังภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอยร้อมกับการสังเคราะห์แนวคิดของการประเมินสถานการณ์ในทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเข้ากับการบวนการคิดรู้ในทฤษฎีการปรับตัวของรอย จากกรอบแนวคิดของทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุขึ้นซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล ต่อการทำนบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากแบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นนี้ ได้นำไปทดสอบกับภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคสมองและไขสันหลังที่ได้รับการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง จำนวน 104 ราย โดยการออกแบบวิจัยด้วยการศึกษาไปข้างหน้า

ผลการวิจัย พบว่า ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีเศรษฐานะทางสังคมดี และมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย จะรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ($B = .27, p < .001$; $B = .45, p < .001$ ตามลำดับ) และร่วมทำนบแรงสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 27 โดยที่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยสามารถทำนายได้สูงกว่า (ร้อยละ 20) การรับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามน้อย ($B = .29, p < .01$) ส่วนผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลสูง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามมาก ($B = .29, p < .01$) ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแลร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคามได้ร้อยละ 14 โดยที่ความต้องการในการดูแลสามารถทำนายได้สูงกว่า (ร้อยละ 8) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีก่อนเจ็บป่วย ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดน้อย ($B = -.20, p < .05$) ส่วนการรับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดน้อยเช่นกัน ($B = -.20, p < .05$) และผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลสูง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดมาก ($B = .24, p < .01$) ทั้งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแลร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียดได้ร้อยละ 12 โดยที่ความต้องการในการดูแลสามารถทำนาย

ได้สูงสุด (ร้อยละ 6) การรับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และการที่ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลสูง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดีมาก ($\beta = .22, p < .05$; $\beta = .40, p < .001$ ตามลำดับ) และร่วมทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี ร้อยละ 19 โดยที่ความต้องการในการดูแลสามารถทำนายได้สูงกว่า (ร้อยละ 15) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม และความเครียดมาก ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมาก ($\beta = .44, p < .001$; $\beta = -.39, p < .001$ ตามลำดับ) โดยที่การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม สามารถทำนายได้สูงกว่า (ร้อยละ 11) แต่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อความต้องการในการดูแล เศรษฐฐานะทางสังคมไม่มีผลต่อความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ว่าคุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคามและมีผลดี การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี ไม่มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล หากพิจารณาผลทางอ้อม พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยมีผลทางอ้อมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี ผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล มีผลทางอ้อมต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุกคาม เป็นความเครียด และมีผลดี ส่วนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลทางอ้อมต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผ่านการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า เป็นความเครียด ผลการวิจัยสนับสนุนความตรงของข้อความเชิงทฤษฎีของแบบจำลองที่สร้างขึ้น และขยายแนวคิดขององค์ประกอบในการดำรงบทบาทของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในทฤษฎีการปรับตัวของรอย

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวแปรการประเมินสถานการณ์ว่าคุกคาม และเป็นความเครียด มีความสัมพันธ์กันสูง แต่ทั้ง 2 ตัวแปรสามารถทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ทั้ง 2 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสูง อาจจะไปได้ว่าทั้ง 2 ตัวแปรมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล เครื่องมือวัดการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า มีผลดี ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นต่ำเล็กน้อย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูล อาจมีผลกระทบต่อความเที่ยงตรงภายในของผลการวิจัย นอกจากนี้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และจำกัดเฉพาะภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะมีความจำกัดในการอ้างอิงถึงผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการวิจัยดังนี้

การปฏิบัติพยาบาล

ผลการวิจัยให้หลักฐานว่า แม้ว่าภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรัง จะเต็มใจให้การดูแลสามี แต่ภาระและความรับผิดชอบในระหว่างให้การดูแล ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลสูง ทั้ง 2 ฝ่ายมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันมาก่อน และตนเองมีสุขภาพสภาพ จะทำให้ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความเครียดได้สูง แต่ความเครียดจะน้อยลง ถ้าได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลสำคัญและบุคคลในระบมเกื้อหนุน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยบ่งชี้ว่า ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังได้รับแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมไม่เพียงพอต่อการจัดการกับภาระกิจประจำวันของการดูแลสามี และบริการพยาบาล ยังไม่สามารถสนองตอบความต้องการของภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังได้ ดังนั้น การให้บริการพยาบาล จึงต้องการระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือกันของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง และสมาชิกในครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ภรรยาพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างเต็มที่ ผลลัพธ์ตามมาคือ ผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขของครอบครัวโดยรวม

ระบบของการพยาบาล ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในส่วนของโครงสร้างของระบบการพยาบาล เกี่ยวข้องกับ โครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรสุขภาพ และคุณสมบัติของบุคลากรในการให้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการ ได้แก่ การมีหน่วยงานเฉพาะที่จะให้บริการและความช่วยเหลือแก่ภรรยาผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (home health care agency) การจัดระบบสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีสถานที่สำหรับประชุมปรึกษาหารือระหว่างบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีห้องที่เหมาะสมต่อการให้คำปรึกษาและรับปรึกษาทางโทรศัพท์ มีระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้าใจนโยบายและพร้อมที่จะทำงานประสานกันเพื่อบรรลุเป้าหมายของการให้บริการร่วมกัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ภรรยามีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขในครอบครัว

ในกระบวนการของการให้บริการ จุดเน้นของระบบการพยาบาล จะเป็นการให้ความช่วยเหลือภรรยาและผู้ป่วยเรื้อรังไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งเกิดจากความร่วมมือกันของพยาบาล

และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักกายภาพบำบัด ประสาทแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งกระบวนการจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ผู้ช่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล หากทราบแน่ชัดว่า ภรรยาจะเป็นผู้ให้การดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โรงพยาบาลควรเป็นผู้นำในการร่วมปรึกษากับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแล รวมถึงให้ความช่วยเหลือในประเด็นปัญหาอื่น ๆ โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษในผู้สูงอายุ และ/หรือ มีปัญหาสุขภาพ และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันมาก่อน ในกระบวนการปรึกษาหารือ โรงพยาบาลจะต้องรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกฝ่ายและสามารถสื่อสารถึงความต้องการในการให้บริการของโรงพยาบาลได้ การประชุมปรึกษาหารือควรกระทำอย่างต่อเนื่องตามประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขร่วมกัน ร่วมกับ ประเมินการดำเนินงานของระบบเพื่อปรับปรุงแก้ไขในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป นอกจากนี้ควรมีระบบการส่งต่อไปยังศูนย์ให้บริการและความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล และผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านหรือพยาบาลชุมชนเพื่อให้การดูแลต่อไป ซึ่งเป็นการประมวลผลความช่วยเหลือที่ให้ ประเด็น และแนวโน้มของปัญหาที่ต้องการให้ดูแลต่อไป

พยาบาลศูนย์ให้บริการและความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หรือพยาบาลชุมชน จะทำงานประสานกับพยาบาลในโรงพยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ เพื่อขอคำแนะนำหรือร่วมวางแผนในประเด็นปัญหาที่ซับซ้อน หรือต้องการความเห็นจากบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะสาขา เพื่อประกอบการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป เนื่องจากพยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่ได้สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมและครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรังโดยตรง จึงมีบทบาทสำคัญในการร่วมมือกับภรรยา ผู้ป่วยเรื้อรัง และสมาชิกในครอบครัว เพื่อบริหารจัดการงานบ้าน การปรับแบบแผนกิจวัตรประจำวันของภรรยา การสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยเรื้อรังและภรรยา การร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง และส่งเสริมแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำหน้าที่ดูแล ซึ่งควรให้ความสนใจในภรรยาที่สูงอายุ และ/หรือ มีปัญหาสุขภาพ และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน นอกจากนี้ ควรมีระบบการส่งต่อไปยังพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก หรือบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เพื่อขอความช่วยเหลือตามประเด็นปัญหาที่พบต่อไป

พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอกจะร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือตามประเด็นปัญหาที่ได้จากพยาบาลชุมชน หรือตามความต้องการของผู้ดูแล สิ่งสำคัญจะต้องจัดระบบงานและการให้บริการที่แสดงถึงบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในระยะแรกของการดูแล ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลด้านความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังชัดเจน จึงควรมีระบบการให้บริการ

รับรักษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงโดยจัดเวรพยาบาลผลัดเปลี่ยนกันให้บริการซึ่งต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังทราบอย่างทั่วถึงเพื่อใช้บริการนี้ได้ถ้ามีปัญหาระหว่างดูแล อันจะลดปัญหาจากการได้ข้อมูลจากแหล่งอื่นที่ไม่ถูกต้องลงได้ ความช่วยเหลือที่ให้กับครอบครัวและผู้ป่วยเรื้อรัง ควรประมวลผลต่อไปยังพยาบาลชุมชนเพื่อให้การดูแลต่อไป

ในระบบของการดูแล พยาบาลจะเป็นแหล่งประโยชน์ข้อมูลที่สำคัญ ดังนั้น จึงต้องมีความรอบรู้ในแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้คำแนะนำที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ เช่น องค์การต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน แหล่งบริการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง แหล่งบริการช่วยดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แหล่งอุปกรณ์ เครื่องมือ และอาหารเสริมต่างๆ เป็นต้น ในกระบวนการของการให้บริการ พยาบาลต้องมีอิสระทางความคิด มีวิจารณ์ญาณในการตัดสินใจให้บริการ สามารถควบคุมการปฏิบัติงานของตนเองและมีความรับผิดชอบในผลงานของตนเองด้วย เพื่อที่จะมั่นใจได้ว่า ได้ให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการในสถานการณ์นั้น ๆ โดยบทบาทของพยาบาลจะทำหน้าที่ในการส่งเสริมการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแลด้วยการลดหรือขจัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดในระหว่างดูแล รวมถึงให้การสนับสนุนและคำปรึกษาหรือส่งเสริมแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล

การศึกษาพยาบาล

แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะทวีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ จึงบ่งชี้ถึงความต้องการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการจัดการศึกษาต่อเนื่อง ให้แก่พยาบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ดูแลรวมถึงให้มีความรับผิดชอบในการให้บริการและผลงานของตนเอง

การวิจัย

ควรมีการวิจัยซ้ำในกลุ่มของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมองสมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ มะเร็ง หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ไขข้ออักเสบเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อเป็นบันทึกความตรงเชิงทฤษฎีของแบบจำลองเชิงสาเหตุนี้ และควรเป็นการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงบรรยายเกี่ยวกับประสบการณ์ และความรู้สึกที่สัมพันธ์กับตัวแปรในแบบจำลองได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น หากข้อมูลเชิงบรรยายสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ จะเป็นการเป็นบันทึกความเที่ยงตรงภายในของผลการวิจัยอีกด้วย การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัญหาสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่แสดง

ถึงผลจากความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จึงเป็นตัวแปรตามที่ควรนำเข้ามาศึกษาในแบบจำลองนี้ด้วย และเพื่อให้การทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุมีความเที่ยงตรงยิ่งขึ้น ควรออกแบบการวิจัยแบบพาเนล (panel design) โดยการเก็บข้อมูล 3 ช่วงด้วยกันคือ ช่วงแรก เก็บข้อมูลตัวแปรสาเหตุของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการดูแล ในส่วนของเศรษฐฐานะทางสังคม การเก็บข้อมูลรายได้ต่อเดือน ควรเป็นรายได้ระหว่างภรรยาและผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากเป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่ารายได้ของครอบครัวและกระบวนการอธิบายเพื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ควรเน้นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงต่อผลการวิจัยเพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลเที่ยงตรงยิ่งขึ้น ช่วงที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และช่วงสุดท้ายเป็นการเก็บข้อมูลความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและปัญหาสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลควรใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทางลิสเรล (LISREL) ซึ่งเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ที่ช่วยให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมกับแบบจำลองในภาพรวมหรือไม่ (Mason-Hawkes , 1989)

แบบจำลองเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นนี้ สามารถนำไปทดสอบกับสมาชิกในครอบครัวอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ บุตรที่ดูแลบิดามารดา หรือมารดาที่ดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยปรับตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จากการวิจัยครั้งนี้ ก็ศึกษาที่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย เป็นการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในปัจจุบัน เนื่องจาก บุตรที่ดูแลบิดามารดา หรือมารดาที่ดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง สัมพันธภาพระหว่างบุตรและคู่สมรส หรือระหว่างบิดามารดาจะมีผลต่อการที่บุตรและมารดาจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระหว่างดูแลเช่นกัน หากมีการนำไปทดสอบกับผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ กันแล้วให้ผลในทำนองเดียวกัน จะเป็นการเพิ่มความเที่ยงตรงภายนอกของผลการวิจัย

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของการดูแลตามการรับรู้ของภรรยาเอง เพื่อช่วยให้เข้าใจกระบวนการรับรู้ถึงความเชื่อเกี่ยวกับการดูแล การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในระหว่างดูแล อิทธิพลของสมาชิกครอบครัวต่อการบรรเทาความเครียด ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่เสริมความเข้าใจของการเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมากขึ้น

ควรสังเคราะห์ผลของการวิจัยครั้งนี้ และสร้างวิธีการพยาบาลผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติ การ เพื่อพัฒนาวิธีการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในทางส่งเสริมการปรับตัวต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ปัญหาเด่นชัดจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเอง เป็นเหตุให้การฟื้นตัวจากโรคอยู่ในระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น จึงควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยประจำวันเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

ระบบการดูแลที่ผู้วิจัยเสนอนี้ หากมีการนำไปใช้ ควรมีการประเมินระบบของการดูแลด้วยการวิจัย ซึ่งเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participant research) ของบุคลากรในระบบ โดยจะประเมินได้ทั้งโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป เช่น ในส่วนโครงสร้าง อาจจะประเมินที่สัมพันธภาพ และความสามารถของบุคลากร ส่วนกระบวนการ อาจจะประเมินเจตคติ และประสบการณ์ของบุคลากรในการให้บริการด้วยวิธีนี้ ความสามารถในการทำงานร่วมกันของบุคลากร และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลลัพธ์ จะประเมินศักยภาพในการดูแลของกรรมา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

บรรณานุกรม

- จิรภา พงษ์ตระกูล (25320). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม
ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ นวัตกรรมวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย วรพงษ์ธร. (2530) สัมมนาวิธีการทางสถิติ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- Ade-Ridder., & Kaplan, L. (1993). Marriage, spousal caregiving, and a
husband's move to nursing home : a changing role for the wife.
Journal of Gerontological Nursing, 19, 13-23.
- Andrew, H.A., & Roy. C. (1991). The Roy Adaptation Model : the defini-
tive state. Norwalk : appleton & Lange.
- Archbold, P.G., et al. (1990). Mutuality and preparedness as predic-
tors of caregiver role strain. Research in Nursing & Health,
23, 375-384.
- Baillie, V., et al. (1988). Stress, social support, and psychological
distress of family caregivers of the elderly. Nursing Research,
37, 217-223.
- Baines, E.M., & Oglesby, F.M. (1992). The elderly as caregivers of
the elderly. Holistic Nursing Practice, 7, 61-69.
- Baker, A.C. (1993). The spouse's positive effect on the stroke
patient's recovery. Rehabilitation Nursing, 18, 30-33.
- Barnett, R.C., Baruch, G.K. (1985). Women's involvement in multiple
roles and psychological stress. Journal of Personality and
Social Psychology, 49, 135-140.
- Beckham, K., & Giordano, J.A.(1986). Illness and impairment in
elderly couples : implications for marital therapy. Family
Relation, 34, 257-264.

- Biddle, B.J. (1979). Role theory : expectations, identities, and behaviors. New York: Academic Press.
- Biddle, B.I., & Martin, M.M.(1987). Causality, confirmation, credibility and structural equation modeling. Child Development, 58, 4-17.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). The role of coping response and social resource in attenuating the stress of life events. Journal of Behavior Medicine, 4, 139-159.
- Bohaechnik, P., & Anton, B.B.(1990). Psychosocial adjustment of patients and spouses to severe cardiomyopathy. Research in Nursing Health, 13, 385-392.
- Bowers, B.J. (1987). Intergenerational caregiving : adult caregivers and their aging parents. Advances in Nursing science, 9, 20-31.
- Brandt, P.A. & Weinert, C.(1981). The PRQ - a social support measure. Nursing Research, 30, 277-280.
- Brillhart, B.(1988). Family support for the disabled. Rehabilitation Nursing, 13, 316-319.
- Bulle, D.(1982). The stress of caring : women as providers of social support. In L. Goldberger & S. Brezmitz (Eds). Handbook of stress : theoretical and clinical aspects. (pp.496-505). New York : A Free Press : A division of Macmillan, Inc.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. Western Journal of Nursing. 12, 758-769.
- Bunting, S.M.(1989). Stress on caregivers of the elderly. Advances in Nursing Science, 11, 63-73.
- Canter, M.H. (1983). Strain among caregivers : a study of experience in the United States. The Gerontologist, 23, 597-604.

- Carey, P.G., et al. (1991). appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. Oncologic Nursing Forum, 18, 1341-1347.
- Cassel, J.C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Epidemiology, 104, 107-123.
- Catanzaro, M. (1990). Transitions in midlife adults with long-term illness. Holistic Nursing Practice, 4, 65-73.
- Chinn, P.C., & Kramer, M.K. (1991). Theory and nursing : a systematic approach. St Louis : The C.V. Mosby Co.
- Clark, N.M., & Rakowski, W. (1983). Family caregiver of older adults : improving helping skills. The Gerontologist, 23, 637-642.
- Clipp, E.C., & George, L.K. (1990). Caregiver needs and patterns of social support. Journal of Gerontology, 45, S102-111.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1979). Handbook of health, health care, and the health professions. New York : Free Press.
- Cohen, S., & Syme, S.L. (1985). Social support and health. New York : Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98 , 310-352.
- Coyne, J.C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support : the role of social relationships in adaptation. Journal of continuing and clinical Psychology, 54, 454-460.
- Coyne, J.C., & Smith, D.A. (1991). Couples coping with a myocardial infarction : a contextual perspective on wives distress. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 404-412.

- DesRosier, M.B., Catanzaro, M., & Piller, J. (1992). Living with chronic illness : social support and the well spouse perspective. Rehabilitation Nursing, 17, 87-91.
- Egelko, S., Simon, D., Riley, E. (1989). First year after stroke : tracking cognitive and affective deficits. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 11, 133-149.
- Ellison, E. (1987). Social support and the constructive developmental model. Western Journal of Nursing Research, 27, 77-83.
- Engle, V.F. (1986). Bridging the research gap between acute and long term care of older adults. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 18, 148-150.
- Feather, B.L., & Wainstock, J.M. (1989). Perceptions of postmastectomy patients : social support and attitude towards mastectomy. Cancer Nursing, 12, 301-309.
- Gibson, G., & Weinert, C. (1991). Social support measurement. College of Nursing : Montana State University.
- Gibson, C.H. (1992). A revised conceptualization of social support. Journal of Clinical Nursing, 1, 147-152.
- Given, C.W., Collins, C.E., & Given, B.A. (1988). Sources of stress among families caring for relatives with alzheimer's disease. Nursing Clinics of North America, 23, 69-83.
- Given, B., et al. (1990). Responses of elderly spouse caregivers. Research in Nursing & Health, 13, 77-86.
- Given, B.A., & Given, C.W. (1991). Family caregiving for the elderly. Annual Review of Nursing Research, 9, 77-102.
- Goldstein, V., Regnery, G., & Wellin, E. (1981). Caretaker role fatigue. Nursing Outlook, 1, 24-30.
- Hardy, M.E., & Conway (1978). Role theory perspectives for health professionals. New York : Appleton-Century-Crofts.

- Hardy, M.E., & Conway, M.E. (1988). Role theory : perspectives for health professional. Norwalk : Appleton & Lange.
- Heller, K., Swindle, R.W., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes : comments and integration. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 466-470.
- Hentinen, M. (1983). Need for instruction and support of the wives of patients with myocardial infarction. Journal of Advanced Nursing, 8, 519-524.
- Higgins, P.G., & Dicharry, E.K. (1991). Measurement issues addressing social support with Navajo women. Western Journal of Nursing Research, 13, 242-255.
- Hileman, J.W., Lackey, N.R. & Hassanein, R.S. (1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 19, 771-777.
- Hines-Martin, V.P. (1992). Family caregivers of chronically ill African-American elderly. Journal of Gerontological Nursing, 18, 25-29.
- Hirschfeld, M. (1983). Homecare versus institutionalization : family caregiving and senile brain disease. International Journal of Nursing Studies, 24, 15-24.
- Hobfoll, S.E., Shoham, S.B., & Ritter, C. (1991). Women's satisfaction with social support and their receipt of aid. Journal of Personality and social Psychology, 61, 332-341.
- Hoyert, D.N., & Seltzer, M.M. (1992). Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. Family Relations, 41, 74-81.
- Jacobson, D.E. (1986). Types and timing of social support. Journal of Health and Social Behavior, 27, 250-264.

- Jensen, S., & Given, B.A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. Cancer Nursing, 14, 181-187.
- Johnson, O.L. (1985). The impact of illness on late-life marriages. Journal of Marriage and the family, 8, 165-172.
- Joos, IM., Nelxon, R., & Lyness, A. (1985). Man, health, and nursing: basic concepts and theories. Reston: Reston Publishing Company.
- Kahn, J. et al. (1985). Depression and marital disagreement : the social construct of despair. Journal of Personality and Personal Relationships, 2, 447-461.
- Kessler, R.C. (1992). Social support, depressed mood, and adjustment to stress : a genetic epidemiologic investigation. Journal of Personality and Social Psychology, 62, 257-272.
- Klein, R.F., Dean, A.M., & Bogdonoff, M.D. (1967). The impact of illness upon the spouse. Journal of Chronic Disease, 20, 241-248.
- Klien, S.S. (1989). Caregiver burden and moral development. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 21, 94-97.
- Kuhlman, G.J. et al. (1991). Alzheimer's disease and family caregiving : critical synthesis to the literature and research agenda. Nursing Research, 40, 331-337.
- Lambert, V.A. & Lambert, C.E.(1987). Adaptation to chronic illness Nursing Clinics of North America, 22, 527-534.
- Lazarus, R. & Cohen, J. (1983). Environmental stress. In I. Altman and J.F. Wohlwill. (Eds.) Human behavior and the environment : current theory and research. (pp.287-327) New York : Plenum Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York : Springer Publishing Company.

- Lepore, S.J., et al. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 899-909.
- Lieberman, M. (1982). The effects of social supports on responses to stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds). Handbook of theretical and clinical aspects. (pp.764-788). New York : The Free Press : A Division of Macmillan, Inc.
- Lieberman, M.A. (1986). Social supports the consequences of psychologizing : a commentary. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 461-46.
- Lin, N., et al. (1986). Social support, stressful life events and illness : model and an empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 20, 108-119.
- Lindgren, C.L. (1990). Burnout and social support in family caregivers. Western Journal of Nursing Research, 12, 469-487.
- Mason-Hawker, H. (1989). Causal modeling : a comparison of path analysis and LISREL. Nursing Research, 38, 312-314.
- McBride, A.B. (1988). Mental health effects of women's multiple roles. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 20, 41-47.
- McHoffie, H.E. (1992). Coping : an essential element of nursing. Journal of Advanced Nursing, 17, 983-940.
- McLean, J., et al (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers : a pilot study. Journal of Advanced Nursing, 16, 559-564.
- Meisenhelder, J.B. (2986). Self-esteem in women : the influence of employment and perception of husband's appraisals. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 18, 8-13.

*

- Menaghan, E. (1982). Measuring coping effectiveness : A panel analysis of marital problems and coping efforts. Journal of Health and Social Behavior, 23, 220-234.
- Montgomery, R.I.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations, 34, 19-26.
- Musoff, J.M. (1991). Easing the impact of the family caregiver's role. Rehabilitation Nursing, 16, 82-84.
- Norbeck, J. (1981). Social support : a model for clinical research and application. Advances in Nursing Science, 4, 43-59.
- Norbeck, J.S., et al. (1991). Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age groups. Nursing Research, 40, 208-213.
- Oberst, M.T. et al. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing, 12, 209-215.
- Oberst, M.T. (1991). Caregiving Burden Scale. Madison : University of Wisconsin.
- Oberst, M.T. (1991). Appraisal of Caregiving Scale : ACS revised. Madison : University of Wisconsin.
- O'Brien, R.A. (1990). Response to "predictors of burden among wife caregivers". Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal, 4, 205-209.
- Pallet, P.J. (1990). A Conceptual framework for studying family caregiver burden in Alzheimer's type dementia. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 22, 52-58.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

- Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G., & Mullan, J.T. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337-356.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. Journal of Health and Social Behavior, 30, 241-256.
- Pedhazur, E.J. (1982). Multiple regression in behavioral research. 2nd. ed. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Periard, M.E., & Ames, B.D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. Public Health Nursing, 10, 252-256.
- Phillips, J.R. (1988). Research blenders. Nursing Science Quarterly, 1, 4-5.
- Poulshock, S.W., & Deimling, G.T. (1984). Families caring for elders in residence issues in the measurement of burden, Journal of Gerontology, 39, 230-239.
- Pratt, et al. (1985). Burden and coping strategies of Caregivers to alzheimer's patients. Family Relations., 34, 27-33.
- Rabins, P.V., et al. (1982). The impact of dementia on the family. Journal of the American Medical Association, 248, 332-335.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S., & Lasher, A.T. (1993). Using social support theory to care for CVA patients. Rehabilitation Nursing, 18, 154-161.
- Riffle, K.L. (1988). The relationship between perception of supportive behaviors of others and wives ability to cope with initial myocardial infarctions in their husbands. Rehabilitation Nursing. 13, 310-315.
- Roberto, K.A., & Scott, J.P. (1987). Equity considerations in the friendships of older adults. Journal of Gerontology, 41, 241-247.

- Robinson, K.M. (1989). Predictors of depression among wife caregivers. Nursing research, 38, 359-363.
- Robinson, K.M. (1990a). The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. Journal of Advanced Nursing, 15, 788-795.
- Robinson, K.M. (1990b). Predictors of burden among wife caregivers. Scholarly Inquiry Nursing Practice : An International Journal 4, 189-203.
- Rook, K.S. (1987). Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 145-154.
- Rosenthal, S.G., Pituch, M.J., Greninger, L.O., Metress, E.S. (1993). Perceived needs of wives of stroke patients. Rehabilitation Nursing, 18, 148-153.
- Roy, C., & Roberts, S.L. (1981). Theory construction in nursing : An adaptation model. New Jersey : Englewood Cliffs.
- Roy, C. (1984). Introduction to nursing : an adaptation model. New Jersey : Prentice-Hall Inc.
- Ryan, M.C., & Austin, A.G. (1989). Social supports and social networks in the aged. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 21, 176-180.
- Sarason, L. et al. (1983). Assessing social support : the social support questionnaire Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.
- Sarason, R.R., et al. (1987). Interrelations of social support measures : theoretical and practical implications. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 813-832.

- Scharlach, A.E. (1989). A comparison of employed caregivers of cognitively impaired and physically impaired elderly persons. Research on Aging, 11, 225-243.
- Scott, J.P., Roberto, K.A., & Hutton, J.T. (1986). Families of Alzheimer's Victims : family support to the caregivers. Journal of American Geriatrics Society, 34, 348-354.
- Sexton, D.L., & Munro, B.H. (1985). Impact of husbands's chronic illness (COPD) on the spouse's life. Research in Nursing and Health, 8, 83-90.
- Sheehan, N.W., & Nuttal, P. (1988). Conflict, emotion, and personal strain among family caregivers. Family Relations, 37, 92-96.
- Smith, J.H. (1992). The idea of health : implication for nursing professional. New York : Teacher College Columbia University.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment : new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 38, 15-28.
- Spanier, G.B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of Dyadic Adjustment Scale. Journal of Marriage and the family. 44, 731-738.
- Specht, D.A. (1975). On the evaluation of causal models, Social Science Research, 4, 113-133.
- Stanley, M.J.B., & Frantz, R.A. (1988). Adjustment problems of spouses of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery during early convalescence. Heart & Lung, 17, 677-682.
- Stoll, R.I. (1989). Spirituality and chronic illness. In V.B. Carson. (Ed). Spiritual dimensions of nursing practice. (pp. 180-214). Philadelphia : W.B. Saunders Company.

- Stoller, E.P., & Pugliesi, K.L. (1989). Other roles of caregivers : competing responsibilities or supportive resources. Journal of Gerontology, 44, 231-238.
- Stommel, M., & Kingry, M. (1991). Support patterns for spouse caregivers of cancer patients : the effect of the presence of minor children. Cancer Nursing, 14, 200-205.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (1987). Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Co.
- Temple, A., & Fawdry, K. (1992). King's theory of goal attainment resolving filial caregiver role strain. Journal of Gerontological Nursing, 3, 11-15.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23, 145-159.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 416-423.
- Treiman, A. (1977). Occupational prestige in comparative perspective. New York : Academic press.
- Tulmau, L., & Fawcett, J. (1990). A framework for studying functional status after diagnosis of breast cancer. Cancer Nursing, 13, 95-99.
- VanSell, M., & Brief, A.P., & Schuler, R.S. (1981). Role conflict and role ambiguity : integration of the literature and directions for future research. Human Relations, 34, 43-71.
- Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. Journal of Social and Personality Relationship, 7, 507-518.

- Wallhagen, M.I. (1992). Caregiving demands : their difficulty and effects on the well-being of elderly caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal, 6, 111-127.
- Ward, C.R. (1986). The meaning of role strain. Advances in Nursing Science, 8, 39-49.
- Weinert, C. (1987). A social support measure : PRQ 85. Nursing Research, 36, 273-277.
- Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior, 27, 78-89.
- Whitsett, D., & Land, H. (1992). The development of a role strain index for stepparents. The Journal of Contemporary Human Services, 14-22.
- Wilson, H.S. (1989). Research in nursing. 2nd ed. California : Addison-Wesley Publishing Co.
- Woods, N.F. (1988). Nursing research : theory and practice. St Louis: The C.V. Mosby Co.
- Woods, N.F. et al. (1989). Supporting families during chronic illness.
- Wood, F.G. (1991). The meaning of caregiving. Rehabilitation Nursing, 16, 195-198.

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสถานการณ์ ของการดูแล

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชนทวี
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา จิรแพทย์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความ เครียดในบทบาทของผู้ดูแล

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์สวัสดิ์ สวัสดิพิพงษ์
คณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ขัมภลจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. รองศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์
ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา จิรแพทย์
ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคตร
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดสัมพันธภาพ
ระหว่างคู่สมรส

1. รองศาสตราจารย์ รุจา ภูไพบูลย์
ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น
2. อาจารย์ วชิรินทร์ โรหิตสุข
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์ วิวัติ ศุภดิษฐ์
แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. นายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์สันธ์
ศูนย์สุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความต้องการ
ในการดูแล

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนิตา มณีวรรณ
ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมพร ชีโนรส
ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วลลา ตันติโยทัย
ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ เมรีย์ สุตจินดา
ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข.

การอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ดิฉันเป็นพยาบาลชื่อ สายพิน เกษมกิจวัฒนา กำลังทำวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของภรรยาที่ดูแลสามีป่วยเรื้อรัง ดิฉันขอทราบเวลาคุณเล็กน้อยเพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัย เพื่อว่าคุณอาจจะสนใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

การวิจัยนี้ต้องการทราบสาเหตุของความเครียดของภรรยาระหว่างดูแลสามีป่วยเรื้อรัง ถ้าคุณยินดีเข้าร่วมวิจัย คุณจะได้รับการสอบถาม 2 ครั้ง ๆ แรก ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณระหว่างดูแลสามี สิ่งที่คุณให้ความช่วยเหลือสามี ความสัมพันธ์ระหว่างคุณและสามี ความช่วยเหลือที่คุณได้รับจากบุคคลรอบข้างระหว่างสามีป่วย และความเครียดของคุณระหว่างดูแลสามี ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ถามเกี่ยวกับ สิ่งที่คุณให้ความช่วยเหลือสามี ความรู้สึกของคุณระหว่างดูแลสามี และความเครียดของคุณระหว่างดูแลสามี ซึ่งห่างจากครั้งแรก 1 เดือน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที การนัดวันและเวลาในครั้งที่ 2 จะเป็นไปตามความสะดวกของคุณ

การวิจัยนี้อาจจะไม่ให้ประโยชน์กับคุณโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้จากคุณจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงบริการ และการช่วยเหลือภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป การเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของคุณ ไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อคุณ และการรักษาพยาบาลของสามีคุณแต่อย่างใด หากคุณยินดีเข้าร่วมวิจัย ภายหลังเกิดเปลี่ยนแปลง คุณมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ

การสอบถามจะมีผลต่อความรู้สึกของคุณอย่างไรไม่แน่ชัด บางคนอาจไม่สบายใจเล็กน้อยในเรื่องที่ถาม แต่บางคนจะรู้สึกสบายใจที่ได้ระบาย ข้อมูลที่ได้จากคุณทั้งหมดจะเป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยเป็นของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโดยรวม

ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใด ๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของคุณตลอดเวลา โดยคุณสามารถติดต่อโดยตรงมายัง สายพิน เกษมกิจวัฒนา ภาควิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 4120773

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉันได้อ่านหรือได้รับการอธิบายตามรายละเอียดข้างบน มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

ลายเซ็น.....

()

วันที่... เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

กลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่ _____

โรงพยาบาล _____

วันที่ _____

ครั้งที่ _____

ที่อยู่ _____

โทรศัพท์ _____

ข้อมูลพื้นฐาน

I ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

1. อายุ.....ปี
2. ศาสนา.....
3. ระยะเวลาของการสมรส.....ปี
4. ลักษณะครอบครัว
 - 4.1 เดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน ที่ต้องการให้การดูแล ได้แก่.....
 - 4.2 ขยาย จำนวน.....คน ที่ต้องการให้การดูแล ได้แก่.....
5. วุฒิก่อนการศึกษ.....
6. รายได้ครอบครัว.....บาท/เดือน
7. สถานภาพการเงิน
 - 7.1 มั่นคง สามารถซื้อหาสิ่งต่าง ๆ ได้ตามต้องการ
 - 7.2 เพียงพอใช้จ่าย และมีเงินสำรองสำหรับอนาคตและมีเหตุฉุกเฉิน
 - 7.3 เพียงพอใช้จ่าย และมีเงินเหลือเก็บบ้างเล็กน้อย
 - 7.4 เพียงพอใช้จ่าย แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
 - 7.5 ไม่เพียงพอใช้จ่าย และมีหนี้สิน
8. สถานภาพการทำงาน
 - 8.1 ยังคงทำงานอยู่ อาชีพ.....
 - 8.2 เกษียณอายุแล้ว
 - 8.3 ไม่ได้ทำงาน ระบุเหตุผล.....

9. สุขภาพทั่วไป

- 9.1 แข็งแรงดีมาก
- 9.2 แข็งแรงดี
- 9.3 แข็งแรงพอสมควร
- 9.4 ไม่ค่อยแข็งแรง
- 9.5 ไม่แข็งแรงเลย

- 10. มีโรคประจำตัว ได้แก่.....
- 11. อาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลผู้ป่วยได้แก่.....
- 12. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....
- 13. มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่.....
- 14. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน.....ชั่วโมง
- 15. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ.....
- 16. ผู้ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ในระหว่างดูแลผู้ป่วย ได้แก่.....

II ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

- 1. อายุ.....ปี
- 2. การวินิจฉัยโรค.....
- 3. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....
- 4. ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย

- [] ไม่เลย
- [] น้อย
- [] ปานกลาง
- [] มาก

5. ความสามารถในการคิดและสื่อสาร

- 5.1 ความจำ
 - [] ดี
 - [] เลื่อม
 - [] จำไม่ได้เลย

5.2 การพูด

- ☐ พูดได้บ้าง
- ☐ พูดลำบาก/ไม่ชัด
- ☐ พูดไม่ได้

5.3 การคิด

- ☐ คิดและตัดสินใจได้ปกติ
- ☐ คิดและตัดสินใจช้าลง
- ☐ ไม่สามารถคิดและตัดสินใจใด ๆ ได้

6. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

- ☐ ครอบคลุมจ่ายเอง
- ☐ เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด
- ☐ มีประกันสังคม
- ☐ สังคมสงเคราะห์

ภาคผนวก ง.

แบบวัดความต้องการในการดูแล

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้ เกี่ยวข้องกับงานที่ท่านทำในระหว่างดูแลผู้มี งานแต่ละอย่างอาจ
จะใช้เวลามากน้อยต่างกันไป โปรดอ่านแต่ละข้อความ แล้ววงรอบตัวเลขที่ตรงกับ
ปริมาณเวลาที่ท่านใช้ในกิจกรรมแต่ละอย่าง

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (การฉีดยา ทำแผล ให้อาหารทางสาย ยาง ดูแลเสมหะ วัดความดันโลหิต ใส่สาย สวนปัสสาวะ ส่วนอุจจาระ ทำกายภาพ บำบัดและอื่น ๆ)	1	2	3	4	5
2. การดูแลในเรื่องส่วนตัว (การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การ รับประทานอาหาร และอื่น ๆ)	1	2	3	4	5
3. การช่วยเหลือในการพยุงผู้ป่วยขึ้นและลง จากเตียงหรือรถเข็น หรือช่วยพยุงตัวใน ขณะเดินหรืออื่น ๆ	1	2	3	4	5
4. การให้กำลังใจ ปลอบใจ และอยู่เป็นเพื่อน ผู้ป่วย	1	2	3	4	5
5. การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ ต่าง ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม	1	2	3	4	5
15. การติดต่อกับแพทย์หรือพยาบาลเพื่อสอบถามอาการ และขอคำแนะนำในการดูแล ผู้ป่วย	1	2	3	4	5

ภาคผนวก จ.

แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

โปรดระบุว่า ท่านและสามี มีความเห็นพ้องกันในเรื่องต่อไปนี้บ่อยครั้งแค่ไหน ก่อนที่
สามีของท่านจะป่วยเรื้อรัง

ข้อความ	เห็นพ้อง กันเสมอ	เห็นพ้อง กันเกือบ สม่ำเสมอ	เห็นพ้อง กันเป็น ครั้งคราว	ไม่เห็น พ้องกัน บ่อย	ไม่เห็น พ้องกัน มาก	ไม่เห็น พ้องกัน สม่ำเสมอ
1. การใช้ร่างกายในครอบครัว	5	4	3	2	1	0
2. การพักผ่อนหย่อนใจ	5	4	3	2	1	0
3. ความเชื่อในศาสนา	5	4	3	2	1	0
4. ความห่วงใย และการเอาใจใส่	5	4	3	2	1	0
5. การคบเพื่อนฝูง	5	4	3	2	1	0
6. ความสัมพันธ์ทางเพศ	5	4	3	2	1	0
7. การอบรมและเลี้ยงดูลูก	5	4	3	2	1	0
—						
—						
—						
—						
—						
—						
13.การตัดสินใจในงานอาชีพ	5	4	3	2	1	0

เหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านและสามีบ่อยครั้งแค่ไหนก่อนที่จะมีสามีของท่านจะป่วย
เรื้อรัง

ข้อความ	ตลอด เวลา	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อย	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
14. ท่านเคยคิดหรือพูดที่จะหย่าหรือแยก ทางกับสามีบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
15. ท่านหรือสามีออกจากบ้านไปหลังจาก ได้เถียงกันบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
—						
—						
—						
—						
—						
20. ท่านและสามีทะเลาะกันบ่อยครั้ง แค่ไหน	5	4	3	2	1	0
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บ่อย	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
21. ท่านพอใจกับการมีกิจกรรมนอกบ้าน กับสามีบ่อยครั้งแค่ไหน (ดูภาพบนตร์ เดินศูนย์การค้า ไปวัด เที่ยวต่าง จังหวัด รับประทานอาหารนอกบ้าน และอื่น ๆ)	5	4	3	2	1	0

ข้อความ	น้อย มาก ที่สุด	น้อยมาก	น้อย	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
22. ท่านและสามีมีการปรึกษาหารือกัน บ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0

25. ท่านและสามีมีการวางแผนการต่างๆ ร่วมกันบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
(การวางแผนอนาคตของลูก การสร้าง ฐานะ งานอาชีพ และอื่น ๆ)	5	4	3	2	1	0

เหตุการณ์ต่อไปนี้นี้เป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างท่านและสามีบ่อยครั้งแค่ไหน ก่อนที่
สามีของท่านจะป่วยเรื้อรัง

	น้อยมาก ที่สุด	น้อยมาก	น้อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
26. เหนื่อยเกินกว่าที่จะมีเพศสัมพันธ์	0	1	2	3	4	5
27. ไม่แสดงออกให้รู้ว่ารัก	0	1	2	3	4	5

28. โปรดวงรอบจุดที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุดก่อนที่สามีของท่านจะ
เจ็บป่วยเรื้อรัง

1 2 3 4 5 6

ไม่มีความสุขเลย ไม่มีความสุขปานกลาง ไม่มีความสุขเล็กน้อย มีความสุข มีความสุขมาก มีความสุขมากที่สุด

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้ววงรอบตัวเลขที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่า ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีผิดหรือถูก ตัวเลขน้อย แสดงว่า ท่านไม่เห็นด้วย ส่วนตัวเลขมากแสดงว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

	ไม่เห็นด้วยมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก
1. ฉันมีคนที่ลึกลับที่ทำให้ฉันรู้สึกอึดอัด	1	2	3	4	5	6	7
2. ฉันรู้สึกว่า ฉันมีความสำคัญกับคนรอบข้าง	1	2	3	4	5	6	7
3. คนส่วนมากบอกว่าฉันทำงานดี	1	2	3	4	5	6	7
4. ฉันไม่สามารถพึ่งญาติ หรือเพื่อนฝูงได้เวลามีปัญหา	7	6	5	4	3	2	1
5. ฉันได้พบปะกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีคุณค่า	1	2	3	4	5	6	7
6. ฉันคบหาสมาคมกับคนที่มีความสนใจตรงกันกับฉัน	1	2	3	4	5	6	7
7. ในชีวิตของฉัน ฉันมีโอกาสนี้จะให้คนอื่นหรือช่วยเหลือคนอื่นน้อย	1	2	3	4	5	6	7
—							
—							
—							
—							
25. ถ้าฉันเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา จะมีคนมากคอยดูแลฉันหรือให้คำแนะนำว่าฉันควรทำอย่างไรจึงจะหาย	1	2	3	4	5	6	7

ตาราง ๑. ผลการวิจัยระหว่างปีการศึกษา

ตัวชี้วัด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1. ความพึงพอใจในการสอน	1.00																						
2. การดูแลรักษา	.42***	1.00																					
3. การดูแลรักษาของครู	.58***	.37***	1.00																				
4. การดูแลรักษา	.70***	.05	.27**	1.00																			
5. สังเกตการณ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน																							
ใจกว้าง	.06	.12	.12	-.02	1.00																		
6. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.04	.13	.03	-.04	.94***	1.00																	
7. การควบคุมการประพฤติ	.07	.19*	.05	-.04	.85***	.69***	1.00																
8. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.07	.20*	.08	-.04	.93***	.80***	.75***	1.00															
9. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.06	.14	.02	.00	.86***	.79***	.67***	.74***	1.00														
10. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.18	-.01	-.13	-.13	.45***	.38***	.37***	.47***	.46***	1.00													
11. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	-.27**	-.15	-.19	-.13	.37***	.28**	.32**	.40***	.36***	.86***	1.00												
12. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	-.19*	-.09	-.10	-.18	.42***	.36***	.35***	.41***	.45***	.45***	.74***	1.00											
13. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	-.02	-.13	-.11	-.04	.41***	.38***	.38***	.44***	.44***	.79***	.58***	.63***	1.00										
14. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	-.19	-.03	-.10	-.22	.34***	.33***	.33***	.35***	.34***	.83***	.68***	.64***	.54***	1.00									
15. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	-.18*	.00	-.10	-.20	.37***	.28*	.28*	.41***	.41***	.90***	.68***	.71***	.64***	.65***	1.00								
16. ผู้สอน	.38***	.23**	.11	.37***	-.04	.01	.01	.03	.10	-.35***	.33***	-.35***	-.21*	-.30***	-.35***	1.00							
17. การเรียนรู้	.28**	.17*	.04	.31***	-.23***	-.14	-.14	-.23**	-.26**	-.36***	-.33***	-.37***	-.27**	-.23**	-.35***	.75***	1.00						
18. ผู้สอน	.36***	.30***	.32***	.15	.25**	.19*	.23**	.27**	.19*	.21*	.22*	.08	.16	.13	.16	.23**	.09	1.00					
19. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.40***	.14	.34***	.25**	-.22*	-.13	-.15	-.15	-.25***	.42***	.08	-.45***	-.30***	-.27**	-.41***	.72***	.71***	.09	1.00				
20. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.37***	.12	.29**	.23*	-.19*	-.13	-.17	-.17	-.18	.85***	.34***	-.40***	-.23**	-.27**	-.35***	.72***	.65***	.13	.85**	1.00			
21. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.37**	.13	.32***	.25**	-.22*	-.15	-.19	-.19	-.28**	.98***	-.35***	-.40***	-.28***	-.23**	-.35***	.61***	.67***	.06	.98***	.75***	1.00		
22. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	.26**	.10	-.30**	.08	-.12	-.14	-.14	-.14	-.11	.56***	-.33***	-.33***	-.22	-.18	-.18	.50***	.34***	.01	.58***	.40***	.39***	1.00	
23. การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	-.09	-.12	.00	-.08	.01	.10	.06	.07	.07	.28**	.18*	.23**	.24**	.12	.33***	-.27**	-.14	-.10	-.19	-.18	-.08	0.27**	1.00

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

ตาราง 8. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและโดยพื้นฐานของคู่สมตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. ความสัมพันธ์ทางเพศต่างคู่สมรส																	
ก่อนเจ็บป่วย	1.00																
2. เศรษฐฐานะทางสังคม	.01	1.00															
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	.45***	.26**	1.00														
4. ความต้องการในการดูแล	.06	.09	.18	1.00													
5. อุดมคติ	.04	-.27**	-.35***	-.36***	1.00												
6. ความเครียด	-.28**	-.14	-.36***	.28**	.75***	1.00											
7. มีหนี้	.25**	.04	.21*	.32***	.23**	.09	1.00										
8. ความเครียดแบบขยายของผู้ดูแล	.22	.19	-.42***	.40***	.72***	.72***	.09	1.00									
9. อายุ	.20	-.30*	-.04	-.26*	-.09	-.08	-.50***	-.09	1.00								
10. ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด	.24*	-.03	-.16	-.43***	.00	.07	-.40**	.06	.74***	1.00							
11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	.07	-.02	.05	-.19	-.17	-.15	.05	-.15	.15	.74***	1.00						
12. ปัญหาทางการเงิน	-.01	-.37**	-.36*	.12	.41***	.12	-.12	.35**	.03	.08	.08	1.00					
13. ปัญหาสุขภาพ	-.03	.08	-.24*	-.14	.31**	.31**	.02	.33**	.05	.42***	.04	.24*	1.00				
14. ระยะเวลารอคอยในการดูแล	-.11	.16	-.19	-.33**	.02	.06	.00	.11	.14	.52***	.05	.09	.42	1.00			
15. จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อสัปดาห์	-.07	-.28*	-.12	.14	.20	.20	.00	.31**	-.13	.18	-.15	.22	.16	.24*	1.00		
16. ระดับการศึกษา	-.02	-.26*	-.20	.18	.18	.08	.06	.14	.05	.02	.17	.14	.26*	.45***	.54***	1.00	
17. ความเชื่อมั่นทางสถิติ	-.28	.30*	-.27*	.38**	.15	.24*	-.13	.28*	.31*	-.18	.20	.13	.47***	.57***	.41***	.52***	1.00

*p<.05; ** p<.01; *** p<.001

ภาคผนวก ช.

แบบประเมินสถานการณ์ของการดูแล

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้ เป็นความรู้สึกที่ท่านอาจจะมีได้ในระหว่างดูแลสามี โปรดอ่านแต่ละข้อความ แล้วพิจารณาว่า ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ และมากน้อยเพียงไร ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงขณะนี้ จากนั้นให้ท่านวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลสามี ทำให้คนอื่นชื่นชมในตัวฉัน	5	4	3	2	1
2. การดูแลสามี ทำให้ฉันมีความเครียดเพิ่มขึ้น	1	2	3	4	5
3. การดูแลสามี ทำให้ฉันแบ่ลง	1	2	3	4	5
4. ตั้งแต่ดูแลสามี ฉันทำอะไรได้แต่ไม่ค่อยดีเลย	1	2	3	4	5
5. การดูแลสามี ทำให้ฉันไม่มีอิสระที่จะทำอะไรได้ตามที่ฉันอยากทำ	1	2	3	4	5
6. ฉันรู้สึกเสียใจที่ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันรับผิดชอบได้เต็มที่	1	2	3	4	5
7. ฉันกังวลว่า ฉันอาจจะต้องยกเลิกสิ่งที่ฉันตั้งใจไว้ว่าจะทำในอนาคต	1	2	3	4	5
8. การดูแลสามี ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างฉันกับครอบครัวและเพื่อนเปลี่ยนไป	1	2	3	4	5
9. การดูแลสามี ทำให้ความรู้สึกของฉันที่มีต่อตัวฉันเองเปลี่ยนไป	1	2	3	4	5
—	1	2	3	4	5
27.การดูแลสามี ทำให้สภาพอารมณ์ของฉันเปลี่ยนไป	1	2	3	4	5

ภาคผนวก ช.

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

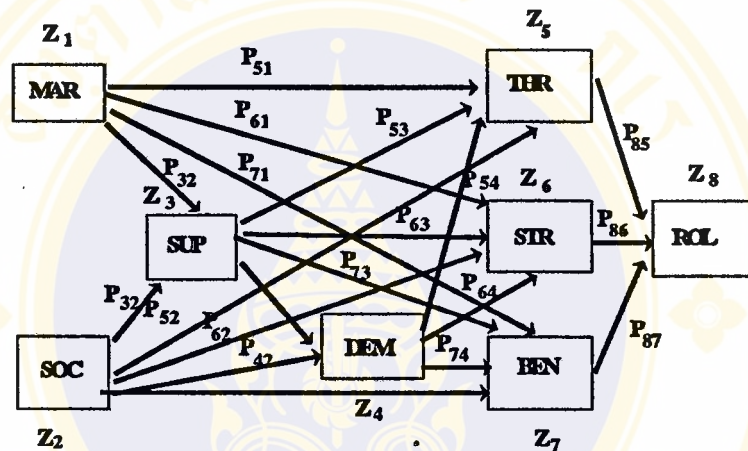
คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้ เป็นเหตุการณ์หรือความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างดูแลผู้มี
โปรคอ่านแต่ละข้อความมาแล้วพิจารณาว่า ท่านมีเหตุการณ์หรือความรู้สึกตรงตามข้อ
ความนั้นหรือไม่และมากน้อยเพียงไร ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่านวงรอบตัว
เลขที่ตรงกับระดับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ภาระงานส่วนใหญ่ของฉันหมดไปกับการดูแลผู้มี และงานบ้าน	1	2	3	4	5
2. ฉันรู้สึก ว่า ต้องรับการระหน่ำในระหว่างผู้มี เจ็บป่วย	1	2	3	4	5
3. ฉันมีเวลาพักผ่อนน้อยลงตั้งแต่ดูแลผู้มี	1	2	3	4	5
4. ฉันรู้สึกท้งงานต่าง ๆ ที่ฉันรับผิดชอบใน ระหว่างดูแลผู้มี	1	2	3	4	5
5. ภาระงานแต่ละวัน ฉันต้องทำอย่างรีบเร่ง หรือมากจนฉันทำไม่ทันเวลาในระหว่างดูแลผู้มี	1	2	3	4	5
6. ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรงเมื่อเสร็จสิ้นการทำงาน ในแต่ละวัน	1	2	3	4	5
7. ฉันหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจได้ยาก	1	2	3	4	5
8. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้มี	1	2	3	4	5
— — —					
38. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ละ เลຍการดูแลเอาใจใส่ คนอื่น ๆ ในครอบครัวระหว่างดูแลผู้มี	1	2	3	4	5

ภาคผนวก ณ.

การคำนวณเส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

แบบจำลองความสัมพันธ์ฐานการวิจัย



สมการโครงสร้าง

$$Z_1 = e_1 \quad \text{————— (1)}$$

$$Z_2 = e_2 \quad \text{————— (2)}$$

$$Z_3 = P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + e_3 \quad \text{————— (3)}$$

$$Z_4 = P_{42}Z_2 + P_{43}Z_3 + e_4 \quad \text{————— (4)}$$

$$Z_5 = P_{51}Z_1 + P_{52}Z_2 + P_{53}Z_3 + P_{54}Z_4 + e_5 \quad \text{————— (5)}$$

$$Z_6 = P_{61}Z_1 + P_{62}Z_2 + P_{63}Z_3 + P_{64}Z_4 + e_6 \quad \text{————— (6)}$$

$$Z_7 = P_{71}Z_1 + P_{72}Z_2 + P_{73}Z_3 + P_{74}Z_4 + e_7 \quad \text{————— (7)}$$

$$Z_8 = P_{85}Z_5 + P_{86}Z_6 + P_{87}Z_7 + e_8 \quad \text{————— (8)}$$

คำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

$$\begin{aligned}
 r_{13} &= \frac{Z_1 Z_3}{N} \\
 &= \frac{Z_1}{N} (P_{31} Z_1 + P_{32} Z_2 + e_3) \\
 &= \frac{P_{31}}{D} + \frac{P_{32}}{U} r_{12} \quad \text{———— (9)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{15} &= \frac{Z_1 Z_5}{N} \\
 &= \frac{Z_1}{N} (P_{51} Z_1 + P_{52} Z_2 + P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5) \\
 &= \frac{P_{51}}{D} + \frac{P_{52}}{U} r_{12} + \frac{P_{53}}{U} r_{13} + \frac{P_{54}}{U} r_{14} \quad \text{———— (10)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{16} &= \frac{Z_1 Z_6}{N} \\
 &= \frac{Z_1}{N} (P_{61} Z_1 + P_{62} Z_2 + P_{63} Z_3 + P_{64} Z_4 + e_6) \\
 &= \frac{P_{61}}{D} + \frac{P_{62}}{U} r_{12} + \frac{P_{63}}{U} r_{13} + \frac{P_{64}}{U} r_{14} \quad \text{———— (11)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{17} &= \frac{Z_1 Z_7}{N} \\
 &= \frac{Z_1}{N} (P_{71} Z_1 + P_{72} Z_2 + P_{73} Z_3 + P_{74} Z_4 + e_7) \\
 &= \frac{P_{71}}{D} + \frac{P_{72}}{U} r_{12} + \frac{P_{73}}{U} r_{13} + \frac{P_{74}}{U} r_{14} \quad \text{———— (12)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{23} &= \frac{Z_2 Z_3}{N} \\
 &= \frac{Z_2}{N} (P_{31} Z_1 + P_{32} Z_2 + e_3) \\
 &= \frac{P_{32}}{D} + \frac{P_{31}}{U} r_{12}
 \end{aligned} \quad \text{--- (13)}$$

$$\begin{aligned}
 r_{24} &= \frac{Z_2 Z_4}{N} \\
 &= \frac{Z_2}{N} (P_{42} Z_2 + P_{43} Z_3 + e_4) \\
 &= \frac{P_{42}}{D} + \frac{P_{43} P_{32}}{U} + \frac{P_{43} P_{31}}{U} r_{12}
 \end{aligned} \quad \text{--- (14)}$$

$$\begin{aligned}
 r_{25} &= \frac{Z_2 Z_5}{N} \\
 &= \frac{Z_2}{N} (P_{51} Z_1 + P_{52} Z_2 + P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5) \\
 &= \frac{P_{52}}{D} + \frac{P_{51}}{U} r_{12} + \frac{P_{53}}{U} r_{23} + \frac{P_{54}}{U} r_{24} \\
 &= \frac{P_{52}}{D} \frac{P_3}{I} \frac{P_{32}}{I} + \frac{P_{54}}{I} \frac{P_{42}}{I} + \frac{P_{43}}{I} \frac{P_{32}}{I} + \frac{P_{51}}{U} r_{12} + \\
 &\quad \frac{P_{53}}{U} \frac{P_{31}}{U} r_{12} + \frac{P_{54}}{U} \frac{P_{43}}{U} \frac{P_{21}}{U} r_{12}
 \end{aligned} \quad \text{--- (15)}$$

$$\begin{aligned}
 r_{26} &= \frac{Z_2 Z_6}{N} \\
 &= \frac{Z_2}{N} (P_{61} Z_1 + P_{62} Z_2 + P_{63} Z_3 + P_{64} Z_4 + e_6) \\
 &= \frac{P_{62}}{D} + \frac{P_{61}}{U} r_{12} + \frac{P_{63}}{U} r_{23} + \frac{P_{64}}{U} r_{24} \\
 &= \frac{P_{62}}{D} + \frac{P_{63}}{I} \frac{P_{32}}{I} + \frac{P_{64}}{I} \frac{P_{42}}{I} + \frac{P_{64}}{I} \frac{P_{43}}{I} \frac{P_{32}}{I} + \frac{P_{61}}{U} r_{12} + \\
 &= \frac{P_{63} P_{31}}{U} r_{12} + \frac{P_{64} P_{43} P_{31}}{U} r_{12}
 \end{aligned} \quad \text{--- (16)}$$

$$\begin{aligned}
 r_{27} &= \frac{Z_2 Z_7}{N} \\
 &= \frac{Z_2}{N} (P_{71} Z_1 + P_{72} Z_2 + P_{73} Z_3 + P_{74} Z_4 + e_7) \\
 &= P_{72} + P_{71} r_{12} + P_{73} r_{23} + P_{74} r_{24} \\
 &= \underset{D}{P_{72}} + \underset{I}{P_{73}} \underset{I}{P_{32}} + \underset{I}{P_{74}} \underset{I}{P_{42}} + \underset{I}{P_{74}} \underset{U}{P_{43}} \underset{U}{P_{32}} + P_{71} r_{12} + \\
 &\quad \underset{U}{P_{73}} \underset{U}{P_{31}} r_{12} + \underset{U}{P_{74}} \underset{U}{P_{43}} \underset{U}{P_{31}} r_{12} \quad \text{--- (17)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{34} &= \frac{Z_3 Z_4}{N} \\
 &= \frac{Z_3}{N} (P_{42} Z_2 + P_{43} Z_3 + e_4) \\
 &= P_{43} + P_{42} r_{23} \\
 &= \underset{D}{P_{43}} + \underset{S}{P_{42}} \underset{U}{P_{32}} + \underset{U}{P_{42}} \underset{U}{P_{31}} r_{12} \quad \text{--- (18)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{35} &= \frac{Z_3 Z_5}{N} \\
 &= \frac{Z_3}{N} (P_{51} Z_1 + P_{52} Z_2 + P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5) \\
 &= P_{53} + P_{51} r_{13} + P_{52} r_{23} + P_{54} r_{34} \\
 &= \underset{D}{P_{53}} + \underset{I}{P_{54}} \underset{S}{P_{43}} + \underset{S}{P_{51}} \underset{S}{P_{31}} + \underset{S}{P_{52}} \underset{U}{P_{31}} + \underset{U}{P_{54}} \underset{U}{P_{42}} \underset{U}{P_{31}} + P_{52} P_{32} r_{12} + \\
 &\quad \underset{U}{P_{51}} \underset{U}{P_{32}} r_{12} + \underset{U}{P_{54}} \underset{U}{P_{42}} \underset{U}{P_{32}} r_{12} \quad \text{--- (19)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{36} &= \frac{Z_3 Z_6}{N} \\
 &= \frac{Z_3 Z_6}{N} (P_{61} Z_1 + P_{62} Z_2 + P_{63} Z_3 + P_{64} Z_4 + e_6)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
&= P_{63} + P_{61} r_{13} + P_{62} r_{23} + P_{64} r_{34} \\
&= P_{63} + P_{64}P_{43} + P_{61}P_{31} + P_{62}P_{32} + P_{64}P_{42}P_{32} + \\
&\quad \underset{D}{P_{61}P_{32}} \underset{I}{r_{12}} + P_{62}P_{31} \underset{S}{r_{12}} + P_{64}P_{42}P_{31} \underset{S}{r_{12}} \quad \text{--- (20)}
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
r_{37} &= \frac{Z_3 Z_7}{N} \\
&= \frac{Z_3}{N} (Z_7 P_1 + P_7 Z_2 + P_7 Z_3 + P_7 Z_4 + e_7) \\
&= P_{73} + P_{71} r_{13} + P_{72} r_{23} + P_{74} r_{34} \\
&= P_{73} + P_{74}P_{43} + P_{71}P_{31} + P_{72}P_{32} + P_{74}P_{42}P_{32} + \\
&\quad \underset{D}{P_{71}P_{32}} \underset{I}{r_{12}} + P_{72}P_{31} \underset{S}{r_{12}} + P_{74}P_{42}P_{31} \underset{S}{r_{12}} \quad \text{--- (21)}
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
r_{45} &= \frac{Z_4 Z_5}{N} \\
&= \frac{Z_4}{N} (P_5 Z_1 + P_5 Z_2 + P_5 Z_3 + P_5 Z_4 + e_5) \\
&= P_{54} + P_{51} r_{14} + P_{52} r_{24} + P_{53} r_{34} \\
&= P_{54} + P_{52}P_{42} + P_{52}P_{43}P_{32} + P_{53}P_{43} + P_{53}P_{42}P_{32} + \\
&\quad P_{52}P_{43}P_{31} \underset{U}{r_{12}} + P_{53}P_{42}P_{31} \underset{U}{r_{12}} + P_{51}r_{14} \quad \text{--- (22)}
\end{aligned}$$

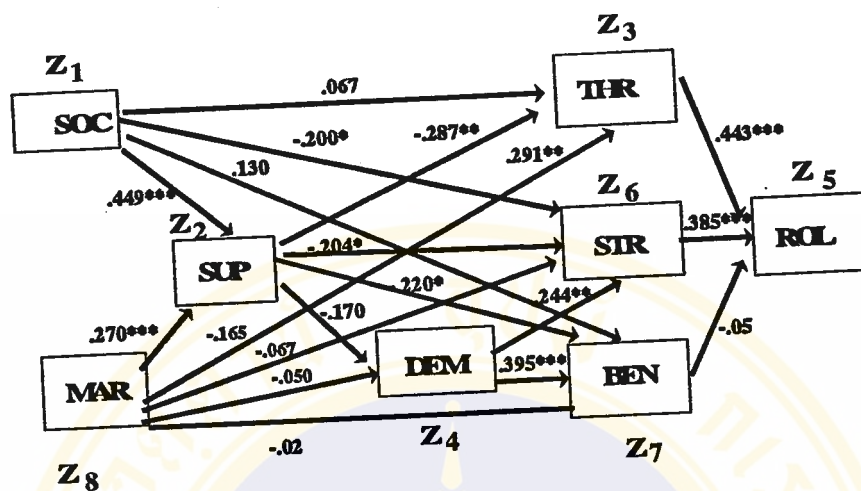
$$\begin{aligned}
r_{46} &= \frac{Z_4 Z_6}{N} \\
&= \frac{Z_4}{N} (P_6 Z_1 + P_6 Z_2 + P_6 Z_3 + P_6 Z_4 + e_6) \\
&= P_{64} + P_{62}P_{42} + P_{62}P_{43}P_{32} + P_{63}P_{43} + P_{63}P_{42}P_{32} + \\
&\quad \underset{D}{P_{61}P_{32}} \underset{S}{r_{12}} + P_{62}P_{31} \underset{S}{r_{12}} + P_{64}P_{42}P_{31} \underset{S}{r_{12}}
\end{aligned}$$

$$\begin{array}{ccc} P_{01}r_{14} & + & P_{02}P_{43}P_{31}r_{12} & + & P_{03}P_{42}P_{31}r_{12} \\ u & & u & & u \end{array} \quad \text{--- (23)}$$

$$\begin{aligned} r_{47} &= \frac{Z_4 Z_7}{N} \\ &= \frac{Z_4}{N} (P_{71}Z_1 + P_{72}Z_2 + P_{73}Z_3 + P_{74}Z_4 + e_7) \\ &= \frac{P_{74} + P_{72}P_{42} + P_{72}P_{43}P_{32} + P_{73}P_{43} + P_{73}P_{42}P_{32} +}{D \quad S \quad S \quad S \quad S} \\ &= \frac{P_{72}P_{43}P_{31}r_{12} + P_{73}P_{42}P_{31}r_{12} + P_{71}r_{14}}{u \quad u \quad u} \quad \text{--- (24)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{58} &= \frac{Z_5 Z_8}{N} \\ &= \frac{Z_5}{N} (P_{85}Z_5 + P_{86}Z_6 + P_{87}Z_7 + e_8) \\ &= \frac{P_{85} + P_{86}r_{56} + P_{87}r_{57}}{D \quad u \quad u} \\ r_{68} &= \frac{Z_6 Z_8}{N} \\ &= \frac{Z_6}{N} (P_{85}Z_5 + P_{86}Z_6 + P_{87}Z_7 + e_8) \\ &= \frac{P_{86} + P_{85}r_{56} + P_{87}r_{67}}{D \quad u \quad u} \quad \text{--- (25)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{78} &= \frac{Z_7 Z_8}{N} \\ &= \frac{Z_7}{N} (P_{85}Z_5 + P_{86}Z_6 + P_{87}Z_7 + e_8) \\ &= \frac{P_{87} + P_{85}r_{57} + P_{86}r_{67}}{D \quad u \quad u} \quad \text{--- (26)} \end{aligned}$$



$$R^2 \text{ SUP. MAR. SOC} = .274$$

$$R^2 \text{ DEM. SOC. SUP} = 0.36$$

$$R^2 \text{ THR. MAR. SOC. SUP.DEM} = .249$$

$$R^2 \text{ STR. MAR. SOC. SUP.DEM} = .204$$

$$R^2 \text{ BEN. MAR. SOC. SUP.DEM} = .212$$

$$R^2 \text{ ROL. THR. STR. BEN} = .591$$

แทนค่าในสมการ 9-27

$$r_{13} = .449 + (.270)(.01)$$

$$= .449 + .0027$$

$$= .4517$$

$$r_{15} = .067 + (-.165)(.01) + (-.287)(.45 + (.291)(.06))$$

$$= .067 - .1133$$

$$= .0463$$

$$r_{16} = -.20 + (-.165)(.01) + (-.204)(.45) + (.291)(.06)$$

$$= -.20 - .0759$$

$$= -.2759$$

$$\begin{aligned}
 r_{17} &= .130 - (.395)(.01) + (.220)(.45) + (.395)(.06) \\
 &= .130 + .1231 \\
 &= .2531
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{23} &= .270 + (.449)(.01) \\
 &= .270 + .0044 \\
 &= .2744
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{24} &= -.04 + (-.170)(.270) + (-.170)(.449)(.01) \\
 &= -.04 - .0459 - .0008 \\
 &= .0707
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{25} &= -.165 + (-.287)(.270) + (.291)(-.05) + (.291)(-.170) \\
 &\quad (.270) + (-.05) + (.067)(.01) + (-.277)(.449)(.01) + \\
 &\quad (.291)(-.170)(.449)(.01) \\
 &= -.165 - .0781 - .027 \\
 &= -.2701
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{26} &= -.067 + (-.204)(.270) + (.244)(-.047) + (.244)(-.170) \\
 &\quad (.270) + (.20)(.01) + (-.204)(.449)(.01) + (.244)(-.170) \\
 &\quad (.449)(.01) \\
 &= -.067 - .0775 - .0020 \\
 &= -.1465
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{27} &= .020 + (.220)(.270) + (.395)(-.05) + (.395)(-.170)(.270) + \\
 &\quad (-.130)(.01) + (.220)(.449)(.01) + (.395)(-.170)(.449)(.01) \\
 &= .020 + .0228 - .0007 \\
 &= .0421
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{34} &= -.170 + (-.05)(.270) + (-.05)(.449)(.01) \\
 &= -.170 - .0135 - .0002 \\
 &= -.1837
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{35} &= -.287 + (.291)(-.170) + (.067)(.449) + (-.165)(.449) + \\
 &\quad (.291)(-.05)(.449) + (-.165)(.270)(.01) + (-.067)(.270) \\
 &\quad (.01) + (.291)(-.04)(.27)(.01)
 \end{aligned}$$

$$= -.287 - .0495 - .0505 - .0006$$

$$= -.3876$$

$$\begin{aligned} r_{36} &= -.204 + (.244)(-.170) + (.20)(.449) + (-.067)(.270) + \\ &\quad (.244)(-.05)(.270) + (-.20)(.270)(.01) + (-.067)(.449) \\ &\quad (.01) + (.244)(-.050)(.449)(.01) \end{aligned}$$

$$= -.204 - .0148 - .1111 - .0008$$

$$= -.3575$$

$$\begin{aligned} r_{37} &= .220 + (.395)(-.170) + (.130)(.449) + (.395)(-.05)(.270) \\ &\quad + (-.024)(-.05) + (.130)(.270)(.01) + (-.024)(.449)(.01) \\ &\quad + (.395)(-.05)(.01) \end{aligned}$$

$$= .220 - .0672 + .0544 - .00008$$

$$= .2073$$

$$\begin{aligned} r_{45} &= .291 + (-.165)(-.05) + (-.165)(-.170)(.270) + (-.287) \\ &\quad (-.170) + (-.287)(-.05)(.270) + (-.165)(-.170)(.449)(.01) \\ &\quad + (-.287)(-.05) + (.449)(.01) + (.067)(.06) \end{aligned}$$

$$= .291 + .0685 + .0042$$

$$= .3637$$

$$\begin{aligned} r_{46} &= .244 + (-.067)(-.05) + (-.067)(-.170)(.270) + (-.204) \\ &\quad (-.170) + (-.204)(-.05)(.270) + (-.20)(.06) + (-.067) \\ &\quad (-.17)(.449)(.01) + (-.204)(-.050)(.449)(.01) \end{aligned}$$

$$= .244 + .0438 - .0068$$

$$= .2809$$

$$\begin{aligned} r_{47} &= .395 + (-.024)(-.05) + (-.024)(-.170)(.270) + (.270) \\ &\quad (-.170) + (.220)(-.05)(.270) + (-.024)(-.170)(.449)(.01) \\ &\quad + (.220)(-.05) + (.449)(.01) \end{aligned}$$

$$= .395 - .0733 - .00007$$

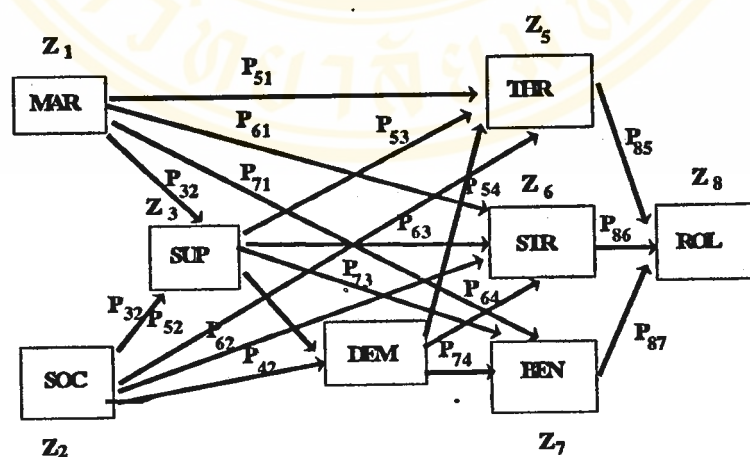
$$= .3217$$

$$\begin{aligned}
 r_{58} &= .443 + (.385)(.75) + (-.05)(.230) \\
 &= .443 + .2887 - .0115 \\
 &= .443 + .27725 \\
 &= .7203
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{68} &= .385 + (.443)(.750) + (-.05)(-.09) \\
 &= .385 + .3322 + .0045 \\
 &= .385 + .3367 \\
 &= .7218
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{78} &= -.05 + (.443)(.230) + (.385)(.09) \\
 &= -.05 + .1019 + .0347 \\
 &= -.05 + .1365 \\
 &= .0865
 \end{aligned}$$

แบบจำลองลวงจร



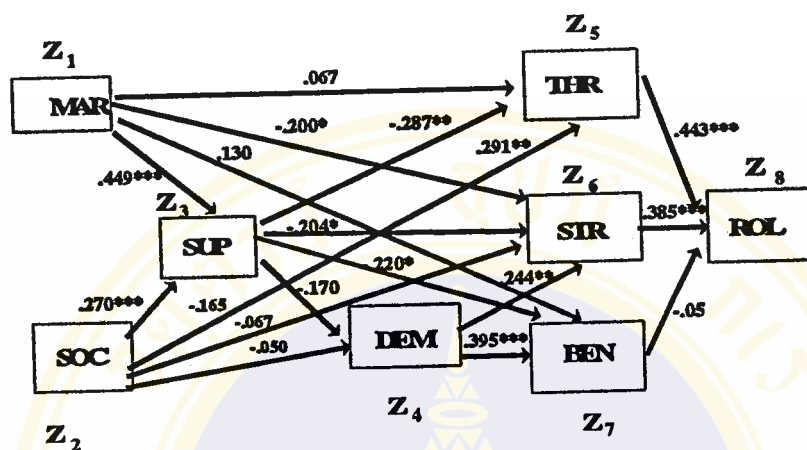
สมการโครงสร้าง Z_1-Z_8 , Z_8 เหมือนเดิม ส่วน Z_7 เปลี่ยนไปคือ

$$Z_7 = P_{71}Z_1 + P_{73}Z_3 + P_{74}Z_4 + e_7 \quad \text{————— (1)}$$

$$\begin{aligned} r_{17} &= \frac{Z_1 Z_7}{N} \\ &= \frac{Z_1}{N} (P_{71}Z_1 + P_{73}Z_3 + P_{74}Z_4) \\ &= P_{71} + P_{73}r_{13} + P_{74}r_{14} \\ &= \underset{D}{P_{71}} + \underset{I}{P_{73}}\underset{U}{P_{31}} + \underset{U}{P_{73}}\underset{U}{P_{32}}r_{12} + P_{73}r_{14} \quad \text{————— (2)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{37} &= \frac{Z_3 Z_7}{N} \\ &= \frac{Z_3}{N} (P_{71}Z_1 + P_{73}Z_3 + P_{74}Z_4) \\ &= P_{73} + P_{71}r_{13} + P_{74}r_{34} \\ &= \underset{D}{P_{73}} + \underset{I}{P_{74}}\underset{S}{P_{43}} + \underset{S}{P_{71}}\underset{S}{P_{31}} + \underset{U}{P_{74}}\underset{S}{P_{42}}\underset{U}{P_{32}} + P_{71}P_{32}r_{12} + P_{74} + \\ &\quad \underset{U}{P_{42}}\underset{U}{P_{31}}r_{12} \quad \text{————— (3)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{47} &= \frac{Z_4 Z_7}{N} \\ &= \frac{Z_4}{N} (P_{71}Z_1 + P_{73}Z_3 + P_{74}Z_4) \\ &= P_{74} + P_{71}r_{14} + P_{73}r_{34} \\ &= P_{73} + \underset{I}{P_{74}}\underset{S}{P_{43}} + \underset{S}{P_{71}}\underset{S}{P_{31}} + \underset{U}{P_{74}}\underset{S}{P_{42}}\underset{U}{P_{32}} + P_{71}P_{32}r_{12} \\ &\quad + P_{74}\underset{U}{P_{42}}\underset{U}{P_{31}}r_{12} \quad \text{————— (14)} \end{aligned}$$



$$R^2 \text{ SUP.MAR.SOC} = .274$$

$$R^2 \text{ DEM.SOC.SUP} = .036$$

$$R^2 \text{ THR.MAR.SOC.SUP.DEM} = .249$$

$$R^2 \text{ STR.MAR.SOC.SUP.DEM} = .204$$

$$R^2 \text{ BEN.MAR.SUP.DEM} = .211$$

$$R^2 \text{ ROL.THR.STR.BEN} = .591$$

แทนค่าในสมการ 2-4

$$r_{17} = .130 + (.220)(.449) + (.220)(.270)(.01) + (.220)(.06) + (.220)(-.050)(.449)(.01)$$

$$= .130 + .0994 + .0132$$

$$= .2426$$

$$r_{37} = .220 + (.395)(-.170) + (.130)(.449) + (.395)(-.05)(.270) + (.130)(.270)(.01) + (.395)(-.05)(.449)(.01)$$

$$= .220 - .0672 + .0531 + .0003$$

$$= .2062$$

$$\begin{aligned}
 r_{47} &= .395 + (.220)(-.170) + (.220)(-.05)(.270) + (.130)(.06) \\
 &\quad + (.220)(-.05)(.449)(.01) \\
 &= .395 - .0374 - .0030 + .0078 - .0000 \\
 &= .395 - .0404 + .0078 \\
 &= .3624
 \end{aligned}$$

เปรียบเทียบ causal correlation coefficients ระหว่างแบบจำลอง ตามสมมุติฐานการวิจัยและแบบจำลองลดรูป ค่าที่แตกต่างกันไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 0.05

	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	
re- duced model	Z1	1.000	.010	.452	.060	.046	-.276	.253	-.222
	Z2	.010	1.000	.274	.071	-.270	-.147	.042	-.193
	Z3	.452	.274	1.000	-.184	-.388	-.358	.207	-.424
	Z4	.060	.071	-.184	1.000	.364	.281	.322	.401
	Z5	.046	-.270	-.388	.364	1.000	.754	.231	.720
	Z6	-.276	-.147	-.358	.281	.754	1.000	.093	.722
	Z7	.243	.042	.206	.362	.231	.093	1.000	.087
	Z8	-.222	-.193	-.424	.401	.720	.722	.087	1.000
full model									

ทดสอบ goodness of fit ว่าแบบจำลองลดรูปสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือไม่ (Specht, 1975)

H_0 : แบบจำลองลดรูป สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

H_A : แบบจำลองลดรูป ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

$$W = -(N-d) \log Q \quad (1)$$

W = ค่าสถิติที่มีการกระจายใกล้เคียงกับ ไคสแควร์ เมื่อตัวอย่างมีจำนวนมาก

H = จำนวนตัวอย่าง

d = จำนวนเส้นทางที่ลบออกจากแบบจำลองเต็มรูป (full model)

Q = ค่าดัชนีความสอดคล้อง (measure of goodness of fit)

$$Q = \frac{1 - R^2_{FM}}{1 - R^2_{RM}} \quad \text{--- (2)}$$

$$R^2_{FM} = 1 - (1 - R^2_1)(1 - R^2_2)(1 - R^2_I)(1 - R^2_P) \quad \text{--- (3)}$$

R^2_{RM} = Square Multiple Correlation Coefficients ของเส้นทางที่ i
หรือสมการที่ i ในแบบจำลองเต็มรูป

$$R^2_{RM} = 1 - (1 - R^2_1)(1 - R^2_2)(1 - R^2_J)(1 - R^2_P) \quad \text{--- (4)}$$

R^2_{RM} Squared Multiple Correlation Coefficients ของเส้นทาง j
ในแบบจำลองลดรูป

แทนค่า r^2 , และ R^2_J ลงในสมการ 3 และ 4

$$\begin{aligned} R^2_{FM} &= 1 - (1 - .274)(1 - .036)(1 - .249)(1 - .204)(1 - .212)(1 - .591) \\ &= 1 - (.726)(.964)(.751)(.796)(.778)(.409) \\ &= .86687 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} R^2_{RM} &= 1 - (1 - .274)(1 - .036)(1 - .249)(1 - .204)(1 - .21)(1 - .59) \\ &= 1 - (.726)(.964)(.751)(.796)(.789)(.409) \\ &= .86650 \end{aligned}$$

$$Q = \frac{.86687}{1 - .86650}$$

$$= 1.0077$$

$$W = - (104 - 1) \log 1 = -103 \times 0$$

$$= 0 - 103 \times 0.0995 = -10.25$$

$$W \sim \chi^2_{df=1} = 3.84, p < .05$$

ค่า W ที่คำนวณได้ น้อยกว่าค่าที่ได้จากตาราง ดังนั้นจึงยอมรับ H_0 นั่นคือ แบบจำลองลดรูป สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรในแบบจำลองลดรูป

ความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผล	อิทธิพลโดย ตรง D	อิทธิพลโดย อ้อม I	อิทธิพลรวม T	ความสัมพันธ์ ที่ไม่วิเคราะห์ U	ความสัมพันธ์ ปลอม S
$Z_1 Z_3 (r_{13})$	P_{31}			$P_{32} r_{12}$	
MAR→SUP	.449	-	.449	.0027	-
$Z_1 Z_5 (r_{15})$	P_{51}			$P_{52} r_{12} + P_{53} r_{13}$ $+ P_{54} r_{14}$	
MAR→THR	.067	-	.067	-.1133	-
$Z_1 Z_6 (r_{16})$	P_{61}			$P_{62} r_{12} + P_{63} r_{13}$ $+ P_{64} r_{14}$	
MAR→STR	-.20	-	-.20	-.0759	
$Z_1 Z_7 (r_{17})$	P_{71}			$P_{72} r_{12} + P_{73} r_{13}$ $+ P_{74} r_{14}$	
MAR→BEN	.130	-	.130	.1231	-
$Z_2 Z_3 (r_{23})$	P_{32}			$P_{31} r_{12}$	
SOC→SUP	.270	-	.270	.0044	-
$Z_2 Z_4 (r_{24})$	P_{42}	$P_{43} P_{32}$		$P_{43} P_{31} r_{12}$	
SOC→DEM	-.024	-.0459	.071	-.0008	-
$Z_2 Z_5 (r_{25})$	P_{52}	$P_{53} P_{32} +$ $P_{54} P_{42} +$ $P_{43} P_{32}$		$P_{51} r_{12} + P_{53} P_{31} r_{12}$ $+ P_{54} P_{43} P_{21} r_{12}$	-
SOC→THR	-.165	-.0781	.243	-.027	-

ความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผล	อิทธิพลโดย ตรง D	อิทธิพลโดย อ้อม I	อิทธิพลรวม T	ความสัมพันธ์ ที่ไม่วิเคราะห์ U	ความสัมพันธ์ ปลอม S
$Z_2Z_6(r_{26})$	P_{62}	$P_{63}P_{32} +$ $P_{64}P_{42} +$ $P_{74}P_{43}P_{32}$		$P_{61}r_{12} + P_{63}P_{31}r_{12}$ $+ P_{76}P_{43}P_{31}r_{12}$	
SOC→STR	.067	-.0775	-.145	-.0020	
$Z_2Z_7(r_{27})$	P_{72}	$P_{73}P_{32} +$ $P_{74}P_{42} +$ $P_{74}P_{43}P_{32}$		$P_{71}r_{12} + P_{73}P_{31}r_{12}$ $+ P_{74}P_{43}P_{31}r_{12}$	
SOC→BEN	.024	.0228	.047	-.0007	-
$Z_3Z_4(r_{34})$	P_{43}			$P_{43}P_{31}r_{12}$	$P_{42}P_{32}$
SUP→DEM	-.170	-	-.170	-.0135	-.0002
$Z_3Z_5(r_{35})$	P_{53}	$P_{54}P_{43}$		$P_{52}P_{32}r_{12} + P_{51}P_{32}$ $r_{12} + P_{54}P_{42}P_{32}r_{12}$	$P_{51} + P_{31}$ $+ P_{52}P_{31}$ $+ P_{54}P_{42}P_{31}$
SUP→THR	-.287	-.0495	-.337	-.0505	-.0006
$Z_3Z_6(r_{36})$	P_{63}	$P_{64}P_{43}$		$P_{61}P_{32}r_{12} + P_{62}P_{31}$ $r_{12} + P_{64}P_{42}P_{31}r_{12}$	$P_{61}P_{31}$ $+ P_{62}P_{32} +$ $P_{64}P_{42}P_{32}$
SUP→STR	-.204	-.0148	-.219	-.0008	-.1111
$Z_3Z_7(r_{37})$	P_{73}	$P_{74}P_{43}$		$P_{71}P_{32}r_{12} +$ $P_{72}P_{31}r_{12} +$ $P_{74}P_{42}P_{31}r_{12}$	$P_{71}P_{31}$ $+ P_{72}P_{32} +$ $P_{74}P_{42}P_{32}$



ความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผล	อิทธิพลโดย ตรง D	อิทธิพลโดย อ้อม I	อิทธิพลรวม T	ความสัมพันธ์ ที่ไม่วิเคราะห์ U	ความสัมพันธ์ ปลอม S
SUP—>BEN	.220	-.0672	.153	.00008	.0544
$Z_4 Z_5 (r_{45})$	P_{54}			$P_{52}P_{43}P_{31}r_{12}$ + $P_{53}P_{42}P_{31}r_{12}$ + $P_{51}r_{14}$	$P_{52}P_{42} + P_{52}P_{43}P_3$ + $P_{53}P_{43} + P_{53}P_{42}P_3$
DEM—>THR	.291	-	.291	.0042	.0685
$Z_4 Z_6 (r_{46})$	P_{64}			$P_{61}r_{14} + P_{62}P_{43}$ $P_{31}r_{12} + P_{63}P_{42}$ $P_{31}r_{12}$	$P_{62}P_{42} + P_{62}P_{43}$ $P_{31}r_{12} + P_{63}P_{42}$ $P_{31}r_{12}$
DEM—>STR	.244	-	.244	-.0068	.0438
$Z_4 Z_7 (r_{47})$	P_{74}			$P_{72}P_{43}P_{31}r_{12}$ + $P_{73}P_{42}P_{31}r_{12}$ + $P_{71}r_{14}$	$P_{72}P_{42} + P_{72}P_{43}P_3$ + $P_{73}P_{43} + P_{73}P_{42}P_3$
DEM—>BEN	.395	-	.395	-.00007	-.0733
$Z_5 Z_8 (r_{58})$	P_{85}			$P_{86}r_{56} + P_{87}r_{57}$	
THR—>ROL	.443	-	.443	.2773	-
$Z_6 Z_8 (r_{68})$	P_{86}			$P_{85}r_{56} + P_{87}r_{67}$	
STR—>ROL	.385	-	.385	.3367	
$Z_7 Z_8 (r_{78})$	P_{87}			$P_{85}r_{57} + P_{86}r_{67}$	
BEN ROL	.05	-	-.05	.1365	