

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียด
ในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

The Effectiveness of Caregiver’s Support using “Powerful Tools” Program
on Role Stress and Well-being of Caregivers of Elderly with Chronic Illness
in the Community

หัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์
นางจันทนงค์ อินทร์สุข

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

178643

A00110153

14 ส.ค. 2558

สิงหาคม 2556

เริ่มบริการ

356763

27 ส.ย. 2559

อภิรักษ์นันทนาการ

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียด
ในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

The Effectiveness of Caregiver’s Support using “Powerful Tools” Program
on Role Stress and Well-being of Caregivers of Elderly with Chronic Illness
in the Community

หัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์

ผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีภรณ์ ทรัพย์ภานนท์

นางจันทนงค์ อินทร์สุข

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สนับสนุนโดย สำนักบริหารโครงการวิจัยในอุดมศึกษา

และพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความยินดี รวมทั้งขอขอบคุณคุณอมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่กรุณาประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยแก่ทีมผู้วิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดีซึ่งตลอดโครงการ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ สำนักบริหารโครงการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนา มหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ และเจ้าหน้าที่งานวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอ่ยนามในที่นี้ และที่สำคัญทีมผู้วิจัยที่ได้ทุ่มเทกำลังกาย กำลังสติปัญญา อันนำมาซึ่งการเรียนรู้ร่วมกันจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี คุณค่าแห่งความดีงามและประโยชน์จากงานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนตามโปรแกรม “Powerful Tools” จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แบบประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 แบบประเมินความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 แผนการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful tools” และคู่มือการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที (Independent t - test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนความเครียดในบทบาทหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนความผาสุกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดในบทบาทภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์และภายหลังการทดลอง 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์และภายหลังการทดลอง 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรนำโปรแกรมดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพราะจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลงและมีความผาสุกมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากผู้ดูแล

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ความผาสุก ความเครียดในบทบาท “Powerful Tools”

Abstract

This two group pretest – posttest quasi experimental research aimed to study the effectiveness of caregiver’s support using “Powerful Tools” program on role stress and well-being of caregivers of elderly with chronic illness in the community. A hundred caregivers of elderly with chronic illness in the community were randomly assigned into experimental and control group equally. The control group received normal nursing care from healthcare providers whereas the experimental group received “The Four-Week Powerful Tools Support Program from the researcher in group once a week. Instruments consisted of The Demographic Assessment of Elderly with Chronic Illness, The Demographic Assessment of Caregiver of Elderly with Chronic Illness, The Caregivers’ Role Stress Assessment with its reliability of .85, The Caregivers’ Well-being Assessment with its reliability of .87, The Lesson Plan of “Powerful Tools” Support Program, and The Handout of “Powerful Tools” Support Program. Frequency, percentage, standard deviation as well as dependent and independent *t* test were computed for data analysis.

The findings revealed that

1. After receiving the program, the caregivers’ role stress score of the experimental group was statistically lower than before receiving the program ($p < .01$)
2. After receiving the program, the caregivers’ well-being score of the experimental group was statistically higher than before receiving the program ($p < .01$)
3. After receiving the program 1 week and 1 month, the caregivers’ role stress score of the experimental group was statistically lower than the caregivers’ role stress score of the control group ($p < .01$)

4. After receiving the program 1 week and 1 month, the caregivers' well-being score of the experimental group was statistically higher than the caregivers' well-being score of the control group ($p < .01$)

Findings suggested that nurses should implement this program in providing care for caregivers of elderly with chronic illness in the community so to reduce their role stress but increase their well-being. Eventually, the elderly with chronic illness will receive effective care from their caregivers.

Keywords: Caregiver, Elderly, Chronic Illness, Well-being, Role Stress, and "Powerful Tools"

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ซ
บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย	4
ขอบเขตของโครงการวิจัย	4
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ.....	5
แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ	11
ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก	21
แนวคิดโปรแกรม “Powerful Tools”	24
วิธีดำเนินการวิจัย	26
พื้นที่ที่ทำการวิจัย.....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	27
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	28
ผลการวิจัย	29
การอภิปรายผล.....	38
สรุป	40
ผลผลิต (Output)	40
รายงานสรุปการเงิน	41
บรรณานุกรม.....	43
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	45

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	29
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	31
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์.....	33
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน	33
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์	34
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน	34
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	35
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์กับกลุ่มควบคุม	35
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะภายหลังการทดลอง 1 เดือนกับกลุ่มควบคุม	36
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	36
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์กับกลุ่มควบคุม	37
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะภายหลังการทดลอง 1 เดือนกับกลุ่มควบคุม	37

บทนำ

โครงสร้างประชากรวัยสูงอายุทั่วโลก มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางด้านวิทยาศาสตร์และสุขภาพ ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพดีขึ้น เป็นต้น ดังเช่นในต่างประเทศ พบว่า ช่วงต้นศตวรรษที่ 19 ประชากรสูงอายุในสหรัฐอเมริกา มีน้อยกว่า ร้อยละ 5 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี แต่ในปี 1998 มีมากกว่าร้อยละ 12 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 53 ส่วนกลุ่มอายุ 75-84 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 12 (Miller, 2009)

สำหรับประเทศไทย กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 7.49 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.97 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ ในจำนวนดังกล่าว คิดเป็น ผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 44.39 เพศหญิงร้อยละ 55.61 และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 14.4 และในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 27 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จากรายงานการสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2551 ของ UNFPA Thailand and Asia the Pacific Regional Office Bangkok (2008) พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบประมาณ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี และพบถึงร้อยละ 40 ในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จากการสำรวจด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำและการขับถ่าย ตามลำดับ จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีแนวโน้มไปในทางที่ถดถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าประชากรในวัยอื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ วิชัย ฉัตรธนาวารี, นารีรัตน์ สัจจรวงษ์พนา และชมนาด สุ่มเงิน (2550) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 51.1 มีโรคประจำตัวคนละ 1 โรค รองลงมาคือ 3 โรค 2 โรค 4 โรค และ 5 โรค คิดเป็นร้อยละ 20.2, 12.5, 6.8 และ 4.6 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 รองลงมา ได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะโลหิตจางและภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 17.7, 17.2, 9.4 และ 7.8 ตามลำดับ ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเหล่านี้ และถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้อง จะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งบางรายอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพรุนแรงมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาจพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ได้แก่

โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานเรื้อรังบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น จอประสาทตาเสื่อม ขาดตามปลายมือปลายเท้า ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ แผลเรื้อรังที่เท้า (Diabetic Foot) ซึ่งผู้ป่วยบางราย อาจต้องถูกตัดขา เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหา ด้านร่างกายแล้ว การเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุ เกิดความวิตกกังวล จิตใจหม่นหมอง ว่าเหว่ ความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจเกิดภาวะซึมเศร้ามีความรู้สึกเบื่อชีวิตหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; Thomas et al., 2008) ส่วนผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีการทำให้หน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในสิ่งรอบข้าง ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ทำให้ขาดรายได้ (Thomas et al., 2008) นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องสูญเสียเวลาในการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อภาวะสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าว

การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตและบทบาทของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และเกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามมา ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์นั้น ผู้ดูแลเกิดภาวะเสียสมดุลทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าได้ บางรายอาจจะมี ความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ดูแลในการจัดการการดูแลต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น ค่ารักษาพยาบาลการจัดการ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การจัดหาบริการทางสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังส่งผลให้ผู้ดูแลถูกจำกัดจากกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในสังคม การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง บทบาททางสังคมของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Rosenberg, Jullamate, & Azeredo, 2009) จึงอาจกล่าวได้ว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดความยากลำบากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความเบื่อหน่ายหรือความลำบากใจในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ดูแลเหล่านี้อาจมีความรู้สึกว่าตนเองไม่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและรับรู้ว่าคุณเองอาจดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่เต็มที่ อีกทั้งมีความกังวลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ดูแลอาจจะมีใจและไม่ชัดเจนในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเหล่านี้ได้ รวมทั้งผู้ดูแลอาจจะมีความรู้สึกในการรับบทบาทเพิ่มขึ้นทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่อื่น ๆ ได้ และไม่อาจกระทำบทบาทหลายบทบาทให้บรรลุตามที่คาดหวังได้ นอกจากความเครียดในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังทำให้ความผาสุกของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความผาสุกของผู้ดูแลนั้นเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกทางด้านบวกและด้านลบที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ดูแลซึ่งแสดงออกทั้งในรูปของความรู้สึกมีความสุขหรือความทุกข์ทรมาน เมื่อความผาสุกของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปอาจจะเป็นเหตุให้ความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ดีขึ้นไปด้วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

พยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถให้การดูแลผู้ดูแลเหล่านี้ได้เป็นอย่างดีโดยใช้การบำบัดทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ด้วยเหตุผลดังกล่าวกลุ่มผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรม “Powerful Tools” ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมที่สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวนี้จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบาทลดลงและมีความผาสุกมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากผู้ดูแล อันจะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์และหลังการทดลอง 1 เดือน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์และหลังการทดลอง 1 เดือน

ทฤษฎีและกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรม “Powerful Tools” โดยรายละเอียดของแนวคิดต่าง ๆ ได้กล่าวไว้ในหัวข้อเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 ราย และกลุ่มทดลอง 50 ราย โดยทำการวิจัย ณ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี ระยะเวลา 12 เดือน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ

ร่างกายผู้สูงอายุมีการเสื่อมโดยมิได้เกิดจากพยาธิสรีรวิทยาของโรค แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของเนื้อเยื่อที่เป็นไปโดยปกติ ซึ่งเป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม ภูมิหลังของร่างกาย และสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ทุกๆ ส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ความเสื่อมของเซลล์และเนื้อเยื่อจะปรากฏมากขึ้นตามอายุ ทำให้ปรากฏอาการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการของความสูงอายุ ปรากฏชัดทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ซึ่งโดยความเป็นจริงกระบวนการของความสูงอายุเริ่มมีตั้งแต่สเปิร์มและไข่มีการปฏิสนธิ กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งตาย อายุขัยของเซลล์ในร่างกายแต่ละชนิดแตกต่างกันไปโดยเมื่อเซลล์เก่าตายจะมีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทน ยกเว้น เซลล์ประสาท เมื่อเข้าสู่วัยชราจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าวัยเด็กและหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ในผู้สูงอายุ ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดและหัวใจ

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงและการเพิ่มขึ้นของคอลลาเจน (Collagen) ที่ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถในการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการสะสมเนื้อเยื่อที่พังคืด ไขมันและสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) มากขึ้นตามอายุ ขนาดของหัวใจโตขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่าผนังหัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้นร้อยละ 30 จากช่วงอายุ 25-80 ปี ห้องบนขวาโตขึ้นร้อยละ 20 จากช่วงอายุ 28-93 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลด้วย นอกจากนี้จะพบว่า ผนังกันระหว่างหัวใจห้องล่างมีความหนาเพิ่มขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างยึดหยุ่นไม่ดี ทำให้ความสามารถในการหดและคลายตัวของหัวใจห้องล่างลดลง ลิ้นหัวใจมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะมากขึ้น เกิดเยื่อพังคืด มีความหนามากขึ้น จึงเป็นผลให้พบเสียง murmur ในคนสูงอายุ นอกจากนี้จะพบว่า มีแคลเซียมและไขมันเกาะที่หลอดเลือด และมีการเปลี่ยนแปลงของคอลลาเจนที่หลอดเลือดเป็นผลให้การยึดหยุ่นของ โคโรนารี อาร์เทอร์รี่ (Coronary Arteries) และโคโรนารีเวน (Coronary Veins) ลดลง ทำให้หลอดเลือดตีบตัน เป็นผลกระทบทำให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายด้วย ซึ่งมักจะพบปัญหาเช่นนี้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหลอดเลือดเสื่อมแข็ง การนำคลื่นไฟฟ้าจาก SA Node ไป AV Node ต้องใช้ระยะเวลาเวลานานมากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อการนำคลื่นไฟฟ้าจาก SA Node ไป AV Node, Bundle of His, Pukinji Fiber ไปยังเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจซ้ายขวา ใช้เวลาประมาณ 0.22 วินาที ซึ่งถ้า SA Node ไม่ทำงานตามหัวใจขณะพักลดลง ร้อยละ 25 ของเมื่ออายุ 25 ปี และจากการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงถึงร้อยละ 20 จึงมี

ผลกระทบต่อสมองทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความสามารถในการจำ การผสมผสานความคิดและการตัดสินใจในคนสูงอายุช้ากว่าปกติ

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท ในผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ทั้งโครงสร้างและหน้าที่ด้านโครงสร้าง มีการสูญเสียเซลล์สมองและเซลล์ประสาทและมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ อายุมี 70 ปี น้ำหนักสมองลดลงร้อยละ 5 ลดลงร้อยละ 10 เมื่ออายุ 80 ปี ลดลงร้อยละ 20 ปี เมื่ออายุ 90 ปี ดังนั้นการลดลงของน้ำหนักสมองจะพบว่าปริมาตรสมองลดลงด้วย นอกจากนี้ในผู้สูงอายุปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดน้อยลง เนื่องมาจากความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลง ความแข็งตัวของหลอดเลือด การยืดหยุ่นของหลอดเลือดไม่ดี การไหลเวียนเลือดไม่ดีและขาดประสิทธิภาพ การไหลเวียนเลือดของสมองลดลงร้อยละ 20 ของภาวะปกติ การใช้ ออกซิเจนของสมองลดลง ซึ่งอัตราการใช้ออกซิเจนของสมองลดลงจาก 3.6 เหลือ 2.7 มิลลิลิตร ออกซิเจน/ นาที/ น้ำหนักสมอง 100 กรัม ความต้านทานของหลอดเลือดในสมอง เพิ่มขึ้นจาก 1.3 เป็น 2.1 มิลลิเมตรปรอทต่อมิลลิลิตรของการไหลของเลือด/ นาที/ น้ำหนักสมอง 100 กรัม เนื่องจากภาวะ การเสื่อมของหลอดเลือดที่แข็งตัวมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืดเป็นลมและอาจเกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายได้ ขณะเดียวกันมีสารไลโปฟัสซินสะสมที่เซลล์สมองและเซลล์ประสาท ทำให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง โดยเส้นใยประสาทยนต์ (Motor Nerve) ลดลงร้อยละ 15 ซึ่งในผู้หญิงจะลดลงมากกว่าในผู้ชายเล็กน้อย เส้นใยประสาทสัมผัส (Sensory Nerves) ลดลงร้อยละ 30 ระหว่างอายุ 20-80 ปี สารสื่อสัญญาณประสาทโดยเซลล์ประสาทมีการติดต่อ สื่อสารระหว่างเซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อ และเซลล์จากต่อมต่าง ๆ โดยผ่านจุดประสานประสาท (Synapse) เพื่อให้การติดต่อผ่านจุดประสานประสาทในทิศทางเดียวขยายสัญญาณ เพื่อให้ข้อมูลแผ่ไปได้อย่างกว้างขวางและป้องกันประสาททำงานมากเกินไป การสื่อสัญญาณประสาทในผู้สูงอายุจะช้าลง ไขสันหลัง (Spinal Cord) เซลล์ไขสันหลังมีการสลายฝ่อลงและจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและประสาทไขสันหลัง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการสื่อสัญญาณประสาท ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของศูนย์การควบคุมประสาทส่วน กลาง เป็นผลให้ความไวความรู้สึกตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ทำให้ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทลดลง เช่น ความสามารถในการจำลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำเรื่องราวใหม่ ๆ จะลดลงหรืออาจจำไม่ได้แต่สามารถจำเรื่องในอดีตได้ดี ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ลดลง การตัดสินใจช้าลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และมีการสูญเสียในความสามารถในการตอบสนองด้านอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสมรรถภาพปอดของแต่ละบุคคล ในคนสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ กล่าวคือ เมื่ออายุ 40 ปี กระดูกซี่โครงจะเริ่มมีแคลเซียมเกาะสะสม

ที่ช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงมากขึ้น ทรวงอกมีความแข็งตัวมากขึ้น การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดน้อยลง ทำให้การขยายของปอดลดลง กระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องขยายตัวน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของส่วนหมอนรองกระดูกไขสันหลัง มีการเสื่อมโค้งงุ้มมากขึ้นและมีแคลเซียมสะสม เป็นผลให้พื้นที่การขยายตัวของปอดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอนรองกระดูกสันหลังจะเริ่มเสื่อมเมื่ออายุ 50 ปี หลอดลมมีความแข็งแรงมากขึ้นเนื่องจากมีแคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อน ทำให้การยืดหยุ่นลดลง ช่องผ่านของอากาศลดลง ปอด เส้นใย อีลาสติน (Elastin) ในปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง ทำให้การยืดหยุ่นของปอดลดลง จำนวนถุงลมลดลง การยืดหยุ่นของถุงลม (Alveolar Elastic Recoil) ลดลง ทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง โดยทุก 10 ปี พื้นที่ปอดจะลดลงประมาณร้อยละ 40 จากค่าปกติ ในคนอายุ 30 ปี จะมีพื้นที่ผิวของถุงลมประมาณ 75 ตารางเมตร ผนังถุงลมมีการฉีกขาดและแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่ห่อหุ้มถุงลม และมีการเชื่อมต่อกันตามขวางมากขึ้นทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของตัวปอดและหลอดเลือดในปอดมีความหนาและแข็งตัว ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดฝอยผ่านถุงลมลดลงและพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของถุงลมลดลง เป็นผลให้การซึมซาบ (Diffusion) ของแก๊สออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศหายใจและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน ทำให้เปอร์เซ็นต์การอิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินลดลงประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ลดลงร้อยละ 10-15 จากอายุ 20-80 ปี ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) ไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการซึมซาบของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่าออกซิเจน 20 เท่า การระบายอากาศหายใจเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินอาหารในคนสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ จำนวนฟันในปากลดลง มีการฝ่อของ เยื่อบุในปาก ต่อมน้ำลายลดลง ต่อมรับรสฝ่อและลดน้อยลงทำให้การรับรสของลิ้น เกิดภาวะเบื่ออาหาร ขณะเดียวกัน การไหลเวียนของโลหิตในระบบทางเดินอาหารลดลง การแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหารลดลง การบีบตัวข้าง กระเพาะอาหารมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุกระเพาะอาหารทำให้การหลั่งเอนไซม์ลดลงถึงร้อยละ 75 ในคนอายุ 60 ปี การสร้างเปปซิน (Pepsin) ย่อยโปรตีนลดลง ปริมาณกรดไฮโดรคลอริก ลดลง และการสร้างอินทรีนสิกแฟกเตอร์ (Intrinsic Factor) ลดลง เป็นผลให้ในการดูดซึมวิตามินบี 12 เหล็ก แคลเซียม และโฟเลทลดลง นอกจากนี้ความสามารถในการดูดซึมอาหารต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากมีการฝ่อของเยื่อบุกระเพาะอาหาร ทำให้คนสูงอายุเป็นโรคโลหิตจาง (Pernicious Anemia) เกิดการฝ่อต่อมสร้างเอนไซม์ (Gastric Atrophy) ลำไส้เล็กมีการฝ่อของกล้ามเนื้อและผิวของเยื่อเมือก ลำไส้เล็ก (Mucous Membrane) ปริมาณลิมฟาติกฟอลลิเคิล (Lymphatic Follicle) ลดลง วิลไล (Villi) มีขนาดสั้นลง ทำให้ความสามารถในการดูดซึมอาหารลดลงอย่างมาก เยื่อบุลำไส้ใหญ่และต่อมเมือก

(Mucous Gland) ที่ผนังลำไส้ฝ่อ กล้ามเนื้อหูรูดในลำไส้ใหญ่สูญเสียการยืดหยุ่น การส่งกระแสประสาททำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องท้องผูกจึงจำเป็นต้องฝึกการถ่ายเป็นเวลา

การเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ ในผู้สูงอายุมวลน้ำหนักของกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อที่มีปริมาณลดลง เนื่องจากเริ่มเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนใหญ่เมื่ออายุ 30 ปี กระดูกจะเริ่มบางลงอย่างช้า ๆ เนื่องจากเซลล์กระดูกอ่อน (Osteoblast) ทำงานลดลงอย่างช้า ๆ เป็นผลให้กระดูกบางลงทุกปี ผู้ชายจะบางลงร้อยละ 0.5 ต่อปี ส่วนผู้หญิงจะบางลงร้อยละ 3.0 ต่อปี และจะบางลงอย่างรวดเร็วภายหลังวัยหมดประจำเดือน เนื่องจากขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการสลายของกระดูก ทำให้กระดูกในผู้หญิงบางเร็วกว่าผู้ชายเมื่ออยู่ในวัยเดียวกัน และทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) พบได้ในผู้หญิงมากกว่าชายในอัตรา 4:1 ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูก เช่น การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ภาวะโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง กรรมพันธุ์ สิ่งเสพติด โรคเรื้อรังบางชนิด การใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน ขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากจะมีผลโดยตรงต่ออัมพาต การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากจะมีผลโดยตรงต่ออัมพาต การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากจะมีผลโดยตรงต่ออัมพาต การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการสลายของกระดูก ทำให้กระดูกในผู้หญิงบางเร็วกว่าผู้ชายเมื่ออยู่ในวัยเดียวกัน และทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) พบได้ในผู้หญิงมากกว่าชายในอัตรา 4:1 ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูก เช่น การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ภาวะโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง กรรมพันธุ์ สิ่งเสพติด โรคเรื้อรังบางชนิด การใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน ขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากจะมีผลโดยตรงต่ออัมพาต การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการสลายของกระดูก ทำให้กระดูกในผู้หญิงบางเร็วกว่าผู้ชายเมื่ออยู่ในวัยเดียวกัน และทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) พบได้ในผู้หญิงมากกว่าชายในอัตรา 4:1 ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูก เช่น การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ภาวะโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง กรรมพันธุ์ สิ่งเสพติด โรคเรื้อรังบางชนิด การใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน ขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากจะมีผลโดยตรงต่ออัมพาต การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการสลายของกระดูก ทำให้กระดูกในผู้หญิงบางเร็วกว่าผู้ชายเมื่ออยู่ในวัยเดียวกัน และทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) พบได้ในผู้หญิงมากกว่าชายในอัตรา 4:1 ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูก เช่น การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ภาวะโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง กรรมพันธุ์ สิ่งเสพติด โรคเรื้อรังบางชนิด การใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน ขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากจะมีผลโดยตรงต่ออัมพาต การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการสลายของกระดูก ทำให้กระดูกในผู้หญิงบางเร็วกว่าผู้ชายเมื่ออยู่ในวัยเดียวกัน และทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) พบได้ในผู้หญิงมากกว่าชายในอัตรา 4:1 ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูก เช่น การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ภาวะโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง กรรมพันธุ์ สิ่งเสพติด โรคเรื้อรังบางชนิด การใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน ขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากจะมีผลโดยตรงต่ออัมพาต การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินปัสสาวะประกอบด้วย ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะ ในคนสูง อายุขนาดของไตจะเล็กลง เมื่อเปรียบเทียบกับของคนอายุระหว่าง 30 กับ 90 ปี พบว่าไตจะมีน้ำหนักและปริมาณลดลง ร้อยละ 20-30 โกลเมอรูลัส (Glomerulus) มีลักษณะแข็งและจำนวนลดลง ร้อยละ 30-50 ในคนที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป โกลเมอรูลัสลักษณะแข็งมีถึงร้อยละ 0.1 การไหลเวียนของเลือดที่ไตลดลงร้อยละ 53 อัตราการกรองของไตลดลง ร้อยละ 50 จาก อายุ 20-90 ปี เนื่องจากปริมาณ Renal Tubule ลดลง Proximal Tubule มีปริมาตรลดลงและความยาวลดลง มีการโป่งพองของ Distal Tubule ผนังใน Renal Arteriole หนา และรูตีบแคบลง Efferent Arteriole มีขนาดเล็กกว่า Afferent Arteriole ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง โดยลดลงร้อยละ 10 เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุก 10 ปี จากอายุ 20ปี ในคนอายุ 80 ปี มีเลือดมาเลี้ยงที่ไต 300 ซีซี/ นาที ซึ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนท้ายเฉลี่ย 600 ซีซี/ นาที

ขณะเดียวกันเลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง โกลเมอรูลัสทำหน้าที่กรอง และดูดซึมสารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายลดลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง จึงเป็นผลให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ทำให้มีการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรลิต ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลง 1,032 เหลือ 1.024 เมื่ออายุ 80 ปี ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีความจุลดลงและขณะเดียวกันการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่ดี ทำให้มีปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะภายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะมากตอนกลางคืนในผู้สูงอายุชาย พบว่ามีต่อมลูกหมากโตถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี

การเปลี่ยนแปลงในระบบผิวหนัง ผิวหนังชั้นนอกมีการลอกหลุด การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมลดลงร้อยละ 50 ทำให้ความชุ่มชื้นของผิวหนังลดลง ความสามารถในการป้องกันอันตรายจากรังสียูวี (UV Rays) ลดลง ความหนา ของผิวหนังชั้นใน ลดลงประมาณ ร้อยละ 20 ต่อมเหงื่อ หลอดเลือด และปลายประสาทลดลง ทำให้ความสามารถในการรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกายลดลง การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ผิวหนังมีลักษณะ เหี่ยวย่น เนื่องจากมีการสูญเสียเนื้อเยื่อมิวโคโพลีแซคคาไรด์ (Mucopolysaccharide) คอลลาเจน (Collagen) ไฟบรัสโปรตีนมีการแข็งตัว สูญเสียการยืดหยุ่น สูญเสียเส้นใยอีลาสติน และเส้นใยอีลาสตินหนา ทำให้ผิวหนังยืดหยุ่นได้ลดลง ฉีกขาดง่าย การไหลเวียนของเลือดลดลงทำให้ผู้สูงอายุทนต่อความร้อนได้น้อยและมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การที่ผิวหนังมีลักษณะการขาดน้ำ เพราะบาง แห่ง การยืดหยุ่นลดลง ทำให้มีการฉีกขาดง่าย และติดเชื้อง่ายนอกจากนี้ลักษณะผิวที่แห้งทำให้มีการคันเกิดขึ้นได้ง่าย บางรายที่ได้รับการกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยจะมีการหือเลือดง่าย อัตราการเจริญของผมและขนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เซลล์สร้างสีของผมผลิตเมลานินลดลงทำให้ผมและขนมีสีจางลงเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว นอกจากนี้การไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงหนังศีรษะลดลงทำให้เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บ เล็บมีลักษณะหนาแข็งและฉีกง่าย อัตราการเจริญเติบโตลดลงตามอายุที่มากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไฮโปธาลามัส สร้างฮอร์โมนในการควบคุมการทำงานของต่อมใต้สมองลดน้อยลง ความสามารถในการทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลง ทำให้ระดับไตรไอโอไธรอยโรซิน (Triiodothyronine = T_3) มีปริมาณลดลงร้อยละ 25-40 หลังอายุ 60 ปี ส่วนระดับธัยรอกซิน (Thyroxine = T_4) อาจมีระดับคงที่หรือลดลงเล็กน้อย คือ ลดลงจาก 80 เป็น 60 ไมโครกรัม/ วัน ต่อมพาราธัยรอยด์สร้างพาราธัยรอยด์ฮอร์โมนลดลงตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อกระดูก นอกจากนี้พาราธัยรอยด์ฮอร์โมน มีผลต่อไตทำให้ มีการดูดกลับของแคลเซียมที่ไต มีผลต่อลำไส้ คือ ลำไส้มีการดูดกลับแคลเซียมมากขึ้น ต่อมหมวกไตส่วนนอก สร้างคอร์ติซอล (Cortisol) และแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ลดลง ต่อมหมวกไตส่วนเกิน (Adrenal medulla) ผลิตอิพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง เซลล์ตับอ่อนมีการฝ่อและสืบเล็กลง

เล็กน้อย การหลั่งอินซูลิน (Insulin) ลดลง เมื่ออายุมากขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose Tolerance) ลดลง ซึ่งในคนที่มียอายุ 40 ปีขึ้นไป ระดับ fasting plasma glucose เพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิกรัม/ 100 กลูบาซีก์เซนติเมตร

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทสัมผัส โดยธรรมชาติระบบประสาทสัมผัสจะมีการทำงานประสานกันอย่างดี ซึ่งดวงตาทำหน้าที่เกี่ยวกับ การมองเห็น หูทำหน้าที่เกี่ยวกับได้ยิน จมูกทำหน้าที่เกี่ยวกับการดมกลิ่น ลิ้นทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรส ผิวหนังทำหน้าที่เกี่ยวกับการสัมผัส ซึ่งการรับรู้การสัมผัสนี้ต้องมีการทำงานร่วมกันกับระบบประสาท ในคนสูงอายุจะพบว่า การเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัสไปในทางที่เสื่อมเนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน การลิ้มรส การสัมผัส ซึ่งการเสื่อมจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะนั้น ๆ ร่วมกับการทำงานของระบบประสาทและสภาพแวดล้อมการเสื่อมด้านประสาทสัมผัส ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นจะลดลง เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบของนัยน์ตา เช่น แก้วตา กระจกตา ม่านตา เอเควียส (Aqueous) และวิเทรียส (Vitreous Humor) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสายตา นอกจากนี้ยังพบว่า มีหนังตาดก เนื่องจากหนังตาสูญเสียการยึดหยุ่น ทำให้ความสามารถในการเห็นลดลง รูม่านตาเล็กลง ทำให้ปริมาณแสงที่จะไปที่จอรับภาพลดลง การสูญเสียการได้ยิน ใบหูในคนสูงอายุจะมีขนาดใหญ่มากขึ้น ขนในรูหูจะมีขนาดใหญ่และแข็ง ต่อมาสร้างขี้หูบ่อย ทำให้ขี้หูในผู้สูงอายุแห้งมีการเปลี่ยนแปลงของ เยื่อแก้วหูเป็นสีเทา หูชั้นกลางเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของหูชั้นใน เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทำให้วิถีประสาทการรับรู้การทรงตัวลดลง มีการสูญเสียการได้ยิน ซึ่งพบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีอาการหูตึง การสูญเสียการได้ยินจะมีผลกระทบต่อ การพูด ระดับการได้ยิน และความสามารถในการแยกแยะระดับเสียงภาวะหูตึง (Presbycusis) เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของรีเซ็ปเตอร์ (Receptor) Hair Cell ใน Cochlea ซึ่งเป็นผลให้มีการสูญเสียการรับเสียงที่มีความถี่สูงเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ เสียงที่มีความถี่ระดับกลางและต่ำตามลำดับ ด้วยเหตุนี้การพูดกับผู้สูงอายุจึงควรใช้ระดับเสียงต่ำ ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียการได้ยินมักพูดเสียงดัง เนื่องจากเกรงว่าผู้อื่นจะไม่ได้ยิน ต่อมาบรรเทาเสียงและฟัง ปริมาณต่อมรับรสลดลง ทำให้การรับรสเสียและความไวต่อการรับรสลดลง จากการ ศึกษาพบว่า ความไวต่อการรับรสระหว่างชายกับหญิงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้คนที่มีสุขภาพดีต่อม รับรสเสียร้อยละ 10 และร้อยละ 30 การรับรสเสีย การรับกลิ่นลดลงมีการสูญเสียเซลล์ในกระเปาะ รับกลิ่น (Olfactory Bulb) ของสมองและปริมาณเซลล์รับรู้ความรู้สึกที่บุในจมูกลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่สูบบุหรี่จำนวนมาก หรือการได้รับสารบางอย่างจะมีผลต่อการรับกลิ่น

การเปลี่ยนแปลงอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงด้านอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง จะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของฮอร์โมนใน

ร่างกายซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในเพศหญิง อวัยวะเพศจะเหี่ยวยุบ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง ขน (Pubic Hair) บางลง ช่องคลอดแคบลงความยืดหยุ่นลดลง น้ำหล่อลื่นช่องคลอดลดลง มดลูกมีขนาดเล็กลงมีเยื่อพังผืดมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง ท่อรังไข่ฝ่อ ความยาวท่อรังไข่สั้นลง ภาวะความต้องการทางเพศลดลง เนื่องจากฮอร์โมนเพศลดลง รังไข่สร้างฮอร์โมนเพศลดลง

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ โดยธรรมชาติในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาไปในทางที่เสื่อม สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจะเป็นไปมากขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่ เกิดจากการสูญเสียในวัยสูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ เกิดการเสื่อมถอยไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ส่วนใหญ่ความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นมักส่ง ผลให้มีข้อจำกัดของการ เคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติการกิจได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หากเป็นการสูญเสียที่กะทันหัน จะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอย่างถาวร เป็นภาวะซึมเศร้าได้ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม วัยสูงอายุเป็นช่วงของการเกษียณ อายุต้องออกจากการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมายในชีวิต และขาดเพื่อน นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักเป็นวัยที่มีการสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรหลานของตนเองแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่ เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหวและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและวัฒนธรรม จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การทำความรู้จักและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านน้อยลง ขาดความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประกอบกับความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นผู้สูงอายุที่อยู่กับบ้านจะขาดความอบอุ่นต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชราเป็นที่พึ่ง นอกจากนี้สังคมไทย ยังมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและวัฒนธรรมเป็นสังคมแบบตะวันตกมากขึ้น คือ ต่างคนต่างอยู่ ลูกหลานโตขึ้นไม่มีการทดแทนบุญคุณกัน ให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุลดลง คิดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ล้าสมัยไม่เชื่อฟังในคำสั่งสอน ซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยขึ้นและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) หมายถึง การสูญเสียหน้าที่และการทำงานของอวัยวะของร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานาน ๆ ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นพยาธิสภาพที่รักษาไม่หาย โดยวิธีการของแพทย์ แต่ต้องการกลวิธีในการควบคุมโรค และการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลด

ความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค นอกจากนี้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการช่วยเหลือ ให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึงโรคพยาธิสภาพ หรือความพิการที่เกิดขึ้นในบุคคลที่ไม่มีโอกาสกลับคืนสู่ภาวะปกติ มีระยะของความก้าวหน้าของโรคที่มีอาการและอาการแสดงชัดเจน มีระยะสงบซึ่งอาการและอาการแสดงไม่ปรากฏให้เห็นแต่คงมีพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีประสบการณ์การเจ็บป่วย ซึ่งประสบการณ์การเจ็บป่วยนี้มีผล กระทบต่อร่างกายจิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ได้สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เข้าใจถึงภาวะการรับรู้และประสบการณ์ตรงของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง มีชื่อเรียกว่า โมเดล ประสบการณ์การเจ็บป่วย 4 ระยะ (Four-stage Illness Constellation Model) ซึ่งโมเดลประสบการณ์ การเจ็บป่วยมี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะความไม่แน่นอน (Stage of Uncertainty) ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ในระยะนี้ผู้ป่วย/ญาติจะสงสัยกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น สาเหตุการดำเนินการและภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นต้น รวมถึงตั้งข้อสงสัยว่าตัวเองจะมีความพิการหรือไม่

ระยะความยุ่งยาก (Stage of Disruption) เป็นระยะที่ผู้เจ็บป่วยต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ได้รับรู้ว่าตนต้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล ครอบครัวผลทำให้มีความสับสน ปรับตัวได้ยากขึ้น

ระยะการปรับตัวเพื่อชีวิตรอด (Stage of Steering to Regain Self) ในกรณีที่ผู้เจ็บป่วยต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังบ่อยครั้งและต่อเนื่อง ผู้ป่วยเรื้อรังจะรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยที่ตนเองต้องประสบอยู่ มีการยอมรับและปรับเปลี่ยนตัวเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อการมีชีวิตรอด ภายใต้การกำกับของการรักษาพยาบาล

ระยะความผาสุก (Stage of Regaining Wellness) เป็นระยะที่ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัว ยอมรับและสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงเนื่องจากความเจ็บป่วยได้ พัฒนา การดูแลตนเองในขอบเขตที่ทำได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ถ้าไม่มีการวางแผนบำบัดรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาจเกิดความพิการซ้ำซ้อน ซึ่งผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ บุคคลที่มีการเจ็บป่วยและหรือมีความพิการเกิดขึ้น ย่อมมีผลกระทบดังนี้

ด้านร่างกาย ผลกระทบที่มีต่อร่างกายของผู้สูงอายุจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสาเหตุของการทำให้เกิดความเจ็บ ชนิดของอวัยวะที่ได้รับอันตราย ระดับความรุนแรงของความพิการ พื้นฐาน ทางสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย เช่น

สติปัญญาการเรียนรู้ลดลง ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมองซีกขวา และมีการสูญเสียทางด้าน Visual Motor Perception และการเห็นลดลง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และนำประสบการณ์เดิมมาใช้ได้เต็มที่ ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ การรับรู้เปลี่ยนแปลง ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมอง เนื่องจากการเสื่อมตามวัย ร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะยาว มักพบที่มีการสูญเสียกระบวนการรับรู้ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากปัญหาด้านการมองเห็น ความจำ สมาธิ และความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง

ความพร้อมในด้านประสาทสัมผัส ความพิการเจ็บป่วยบางกรณี ทำให้สูญเสียประสาทรับรู้ความรู้สึก เช่น การเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การสัมผัสทางผิวหนัง ความร้อน ความเย็น ความเจ็บปวด บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ถูกต้อง และหรือบอกไม่ได้ ความพร้อมทางด้านประสาทสัมผัสจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นที่ส่วนของสมองและประสาทไขสันหลัง จากการศึกษาที่มีความพร้อมของประสาทสัมผัสทำให้มีปัญหาด้านการจำกัดการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดอาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสรีรวิทยาของโรคและความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดขึ้นจากความรู้สึกนึกคิด ความกังวลที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมาก เป็นผลให้ผู้ปวยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ไม่กระปรี้กระเปร่า ความมีชีวิตชีวาลดลง หงุดหงิด แยกตัว ก้าวร้าว

การสื่อสาร ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาในการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการพูด การเข้าใจการตอบสนอง

ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ได้แก่ อาการของโรคอัมพาต การเกร็งของกล้ามเนื้อ โรคพาร์คินสัน ข้อรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) ข้อเข่าอักเสบเรื้อรัง กล้ามเนื้อพิการมาแต่กำเนิด กระดูกสะโพกหัก กระดูกสันหลังหัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้มีความลำบากในการเคลื่อนไหว เพื่อทำกิจวัตรประจำวัน มีความเมื่อยล้า ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การทำงานของกล้ามเนื้อและข้อไม่ประสานงานกัน การทรงตัวไม่ดี ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการย่อยอาหาร ทำให้ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อในการเคี้ยว การกลืน เนื่องจาก พยาธิสภาพที่ส่วนของสมอง และหรือในผู้ป่วยบางรายมีความผิดปกติของระบบการย่อย

การดูซึมของร่างกาย เช่น การเสื่อมของระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุ มะเร็งกระเพาะอาหาร
แผลในกระเพาะอาหาร

ความผิดปกติของระบบขับถ่าย ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาไม่สามารถถ่ายอุจจาระ
หรือ ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ บางรายมีปัญหากลั้นอุจจาระ/ ปัสสาวะเองไม่ได้ บางรายมีปัญหาถ่าย
ปัสสาวะลำบาก ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด ความวิตกกังวลและมีความอับอาย

ปัญหาเซลล์ในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น ผู้ป่วยที่นอนเจ็บป่วยเรื้อรัง
นาน ๆ นอนอยู่กับที่ขาดการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวน้อย ทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่ดี โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หมดสติได้ง่าย นอกจากนี้
ถ้าการไหลเวียนของเลือดไม่ดีเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ
ลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ มีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ
เช่น ปอดแฟบ ปอดบวม และผู้ป่วยบางรายมีแผลกดทับ

ด้านจิตใจ การเจ็บป่วยเรื้อรัง/ ความพิการเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัยซึ่ง
ผลกระทบต่อด้านจิตใจในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ภาวะสุขภาพ
ประสบการณ์ ภูมิหลังของร่างกาย อาชีพ ฐานะเศรษฐกิจ สถานะในครอบครัว ความผูกพันและ
เอื้ออาทรของสมาชิกในครอบครัว ชนิดของการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความพิการที่เป็นอยู่ การคงอยู่ของ
สมรรถนะของร่างกายส่วนที่เหลือ โรคเลื้อยบางชนิด แขนขาขาดขาด สมองเสื่อม การได้รับมลพิษ
จากสารเคมีรุนแรง ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการมีดังนี้

ความเครียด (Stress) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้เจ็บป่วย/ พิการนั้น มี
ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับ
พยาบาล ผู้สูงอายุกับญาติ ผู้สูงอายุกับญาติและพยาบาล

ภาวะซึมเศร้า (Depression) จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง/ พิการ ทำให้รู้สึกช่วยเหลือ
ตนเองไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตบางรายกลัวความพิการ กลัวการทรมาณ กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกหมดหวัง
ผิดหวัง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกผิด รู้สึกล้มเหลวในชีวิต สูญเสียซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งสิ่ง
เหล่านี้ต่างนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เช่น การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18 คน พบว่า 11 คนมี
พยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย มีภาวะซึมเศร้าจากภาวะการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 (Robinson &
Szetela, 1981, p. 477)

ความรู้สึกต้องพึ่งพาคนอื่น (Dependent) จากภาวะที่ผู้สูงอายุมีความสามารถ
ของร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากการเสื่อมตามวัยร่วมกับภาวะการ
เจ็บป่วย ทำให้มีปัญหาด้านการสื่อสาร การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ความสูญเสีย
ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเอง
ด้อยคุณค่า

ด้านเศรษฐกิจ ปัจจุบันอัตราการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น พบในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ทุกกลุ่มอายุ พบมากในกลุ่มอายุ 20-30 ปี และ 50-60 ปี (Rose, 1980 อ้างใน Lubkin, 1986) ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน โรคเรื้อรังที่พบมากในสหรัฐอเมริกา เช่น โรคไขข้ออักเสบ 30 ล้านคน ความดันโลหิตสูง 29 ล้านคน เบาหวาน 6 ล้านคน ซึ่งโรคเหล่านี้ต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้รัฐและผู้ป่วยต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างมาก

ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ภาระการดูแลต้องตกกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด (สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง ฯลฯ) ด้วยความรับผิดชอบ ความรักความผูกพัน ความเอื้ออาทร ทำให้ญาติผู้ใกล้ชิดทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาานทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

ด้านร่างกาย จากการที่บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย/ ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลขาดความสามารถในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะการมีปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดเข่า สุขภาพทรุดโทรมมากขึ้น บางรายเครียดวิตกกังวลนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนลดลง

ด้านจิตใจ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตัวเองในการทำกิจกรรมส่วนตัว การพักผ่อน การเข้ากิจกรรมในสังคม ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลบาง คนต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เจ้าอารมณ์ หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์อ่อนไหว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดกับบทบาทหน้าที่ ที่ต้องรับผิดชอบเป็นระยะเวลาาน เมื่อมีความเครียดมากขึ้นย่อมมีผลทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อชีวิต ซึ่งหากการปรับตัวเป็นเช่นนี้ ย่อมไม่เป็นผลดีต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยเป็นระยะเวลาานต่อเนื่อง ย่อมมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวลดลง บางครั้งผู้ดูแลหงุดหงิด เบื่อหน่ายต่อการที่ต้องรับภาระในการดูแล ผลสุดท้ายจะแสดงอารมณ์กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ซึ่งในความเป็นจริง ผู้สูงอายุเจ็บป่วยในช่วงแรก ๆ ของการดูแล ผู้ดูแลจะให้ความรัก ความเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างเต็มที่ แต่การที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะยาวย่อมก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง

เศรษฐกิจในครอบครัว ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งในครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะสามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายได้ แต่ครอบครัวที่ขาดรายได้ก็จะมีปัญหา มาก ถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลจากภาครัฐในด้านการรักษาพยาบาลก็ตาม แต่ขาดทุนทรัพย์ในการเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง และค่าอุปโภคบริโภคบางอย่าง

ผลกระทบต่อสังคม ในสังคมหรือประเทศที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วย/ พิกการเรื้อรังจำนวนมากย่อมมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม กล่าวคือ เป็นภาระของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือ ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดี สามารถจัดหาผู้ดูแลมาให้การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายได้ แต่ในครอบครัวที่ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี อาจทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังด้วยความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของประเทศชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากความหลากหลายของแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและทฤษฎีบทบาทที่มีผู้ให้ความหมายของบทบาทไว้หลายแนวทาง ดังนี้ Thomas and Biddle (1979 อ้างถึงในรุจา ภูไพบูลย์, 2547) อธิบายบทบาทในแง่ความคาดหวัง ความมุ่งหมาย ความต้องการ เป็นการให้คำอธิบายและประเมินพฤติกรรมบทบาทหรือการปฏิบัติบทบาทของบุคคล นอกจากนี้ จำเรียง กุระมสุวรรณ (2552) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นความมุ่งหวังที่บุคคลอื่นคาดหวังว่าบุคคลในตำแหน่งนั้นควรจะทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในสถานการณ์นั้น ในขณะที่ พิศวง ธรรมนนทา (2550) และ ณรงค์ เส็งประชา (2550) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าบทบาททางสังคมคือ การปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ของสถานภาพซึ่งแต่ละตำแหน่งหรือสถานภาพจะมีบทบาทต่างกันออกไป มนุษย์แต่ละคนมีบทบาทหลายบทบาทและแต่ละบทบาทจะมีความสมบูรณ์หรือสมดุลกันพอควร สำหรับ รุจา ภูไพบูลย์ (2547) ให้ความหมายของบทบาทไว้ว่า หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานและความคาดหวังของสังคม ตามสถานภาพของบุคคลนั้น ๆ บุคคลแต่ละคนมีการแสดงออกตามบทบาทต่าง ๆ เช่น บทบาทสามี บทบาทภรรยา ฯลฯ ในขณะเดียวกันบุคคลคนเดียวอาจแสดงได้หลายบทบาท เช่น สตรีผู้หนึ่งอาจมีบทบาทในฐานะแม่ ต้องแสดงบทบาทของแม่บ้าน แม่ครัว และคนเลี้ยงเด็กไปพร้อม ๆ กัน

จากแนวคิดทฤษฎีบทบาทและความหมายของบทบาทดังกล่าวข้างต้นในผู้วิจัยพอจะสรุปความหมายของบทบาทได้ว่า บทบาทเป็นตำแหน่งทางสังคมที่มีความหมายใกล้เคียงกับสถานภาพ เป็นการปฏิบัติตามสิทธิ หน้าที่ของบุคคลตามตำแหน่งนั้น ๆ และบุคคลอื่นคาดหวังว่าบุคคลในตำแหน่งนั้นควรจะทำหรือแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์นั้น

การแสดงบทบาทในสังคม มีคำที่เกี่ยวข้องและแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทในสังคมได้ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2547; Hardy & Hardy, 1988)

1. พฤติกรรมบทบาทหรือการแสดงบทบาท (Role Behavior, Role Performance หรือ Role Enactment) หมายถึง สิ่งที่บุคคลแสดงตามตำแหน่งในสังคมนั้นๆ

2. ผู้ครองบทบาท (Role Occupant) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้ถือตำแหน่งของบทบาทตามโครงสร้างของสังคม

3. บทบาทที่คาดหวัง (Role Expectation) หมายถึง บรรทัดฐานที่สังคมกำหนดไว้ว่าผู้ที่อยู่ในตำแหน่งนั้น ๆ ควรมีบทบาทอย่างไร

4. คู่บทบาท (Role Partner) หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทตรงข้ามกับผู้ครองบทบาท โดยแต่ละฝ่ายต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา

5. ความสามารถในการแสดงบทบาท (Role Competence) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะแสดงบทบาทตนได้อย่างเหมาะสมตามความคาดหวังของสังคม

ผู้ครองบทบาทและคู่บทบาทปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมคาดหวังว่าทั้งคู่จะปฏิบัติต่อกันอย่างไร มีการแสดงพฤติกรรมตอบสนองกันและกัน ซึ่งจะมีความสามารถในการแสดงบทบาทเท่าใด ขึ้นกับว่ามีการแสดงบทบาทที่คาดหวังไว้ได้เหมาะสมเพียงไร ดังแผนภาพที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่บทบาท (Hardy & Conway, 1988)

ณรงค์ เส็งประชา (2550) ได้สรุปปัญหาของบทบาทดังนี้ 1) เมื่อบทบาทเดิมเปลี่ยนไป ได้บทบาทใหม่มาซึ่งไม่สอดคล้องกัน 2) มีชุดของบทบาทจำนวนมากที่จะต้องเลือกแสดง อาจเกิดความสับสน ความยุ่งยากใจ ความผิดพลาด และการเลือกไม่ถูกบท 3) ความคาดหวังในบทบาทไม่ลงรอบกัน (Inconsistence) 4) ขาดความเข้าใจในบทบาทที่จะแสดง 5) บทบาทไม่สอดคล้องกับบุคลิกภาพ 6) ผู้สวมบทบาทไม่แสดงตามบทที่องค์การหรือสังคมกำหนดไว้ เนื่องจากไม่ทราบแนวปฏิบัติ เตรียมตัวไม่พร้อม หรือขาดความสามารถที่จะปฏิบัติ 7) การเปลี่ยนแปลงบทบาทบ่อยเกินไป ทำให้บุคคลมีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทใหม่ และ 8) เกิดช่องว่างระหว่างบทบาท เนื่องจากบทบาทเดิมไม่ต่อเนื่องสัมพันธ์กับบทบาทใหม่

บุคคลแต่ละคนในสังคมย่อมมีบทบาทมากมาย แต่การแสดงบทบาทของแต่ละบุคคลอาจมีปัญหา เกิดความลำบากในสัมฤทธิ์ผลของการแสดง ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทได้ สามารถสรุปความหมายของความเครียดในบทบาทว่า หมายถึง ความยากลำบากของบุคคลในการที่จะปฏิบัติตามบทบาทต่อคู่บทบาทเพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย (ณรงค์ เส็งประชา, 2550)

จากแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและความเครียดในบทบาทของ Hardy and Hardy (1988) สามารถสรุปได้ว่า ความเครียดในบทบาทมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านโครงสร้างสังคมเป็นสาเหตุจากปัจจัยภายนอกบุคคลมากกว่าปัจจัยภายในบุคคล ความเครียดในบทบาทที่เกิดขึ้น มีผลทำให้บุคคลรู้สึกกดดันในบทบาท (Role Strain) ซึ่งเป็นความรู้สึกคับข้องใจ ตึงเครียด และวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ครองบทบาทและมีผลไปถึงคู่บทบาทด้วย

ความเครียดในบทบาทตามแนวคิดของ Hardy and Hardy (1988) หมายถึง ภาวะที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาท ทำให้ผู้แสดงบทบาทเกิดความรู้สึกกดดันในบทบาท ผู้ที่มีภาวะ

เครียดในบทบาทจะมีอาการแสดงคล้ายคลึงกับผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดทั่วไป คือ มีอาการวิตกกังวล รู้สึกเครียด กระวนกระวาย เสียใจ และซึมเศร้า อาการแสดงถึงภาวะเครียดสามารถทราบได้จากการตรวจทางสรีรวิทยา เช่น ตรวจหาค่าระดับสารต่าง ๆ ในเลือด มีการเต้นของหัวใจและคลื่นไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาโรคหลอดเลือดและหัวใจ อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น รู้สึกปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน หายใจไม่ทั่วท้อง คลื่นไส้ อ่อนเพลีย และอาจมีอาการทางด้านจิตใจ และอารมณ์อื่น ๆ ได้แก่ มีการแสดงปฏิกิริยากับคนรอบด้านผิดปกติ แยกตนเองไม่สูงส่งกับใคร ไม่พอใจงานที่ทำ เปลี่ยนงานบ่อย มีปัญหาสัมพันธภาพ เป็นต้น (รุจา ภูไพบูลย์, 2547)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยพอจะสรุปได้ว่า ความเครียดในบทบาทเป็นภาวะกดดันทางอารมณ์ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจ วิตกกังวล เบื่อหน่าย และรู้สึกถึงความยากลำบากของบุคคลในการปฏิบัติตามบทบาทต่อคู่บทบาท เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมายและตามความคาดหวังของบุคคลอื่น โดยมีสาเหตุมาจากความสัมพันธ์กับบทบาทหรือตำแหน่งที่ถูกคาดหวัง

ตามแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของ Hardy and Conway (1988) มีว่า ความเครียดในบทบาทหรือสภาพปัจจัยภายนอกของผู้ครองบทบาทซึ่งเป็นสภาพโครงสร้างทางสังคมเกี่ยวกับภาระบทบาทที่เกิดจากความคลุมเครือ ความระคายเคือง ความยากลำบาก ความขัดแย้ง หรือความเป็นไปไม่ได้ที่จะประสบความสำเร็จ เป็นคุณลักษณะเกี่ยวกับระบบในสังคม ไม่ใช่คุณลักษณะเฉพาะตัวบุคคล (Hardy & Hardy, 1988) สามารถแบ่งประเภทความเครียดในบทบาทและสาเหตุการเกิดความเครียดในบทบาท โดยวิเคราะห์ตามความคาดหวังในบทบาท ตำแหน่งของบทบาทในโครงสร้างสังคม และความเพียงพอของแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ครองบทบาทสามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม ออกได้เป็น 7 ประเภท ดังนี้

1. ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่คาดหวังในบทบาทเฉพาะหลาย ๆ อย่าง แต่บทบาทเหล่านั้นมีความขัดแย้งกัน ซึ่งพบความขัดแย้งในบทบาทจากหลายสาเหตุ ได้แก่

1.1 ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Interrole Conflict) เป็นการที่บุคคลคนเดียวกันจำเป็นต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทไปพร้อมกัน ซึ่งบางครั้งบทบาทที่ต้องแสดงนั้นมีความขัดแย้งกัน จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่คนคนเดียวจะต้องแสดงได้

1.2 ความขัดแย้งในความคาดหวังบทบาท (Intersender Role Conflict) เป็นความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ผู้นั้นแสดงออกตามบทบาทกับความคาดหวังของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง

1.3 ความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับบทบาท (Person-role Conflict) เป็นความขัดแย้งในบทบาทที่ไม่ได้เกิดจากการที่จ้องทำหลายบทบาทหรือขัดแย้งที่เกิดจากความคาดหวังของคนอื่น แต่เป็นความขัดแย้งระหว่างค่านิยมของบุคคลนั้นกับค่านิยมของบุคคลอื่นเกี่ยวกับบทบาทนั้น ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งเมื่อต้องแสดงบทบาทนั้น ๆ

2. ความคลุมเครือในบทบาท (Role Ambiguity) เกิดจากบทบาทที่สังคมคาดหวังไม่มีความชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเพียงพอที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้แสดงบทบาท สาเหตุอาจเกิดจากผู้ครองบทบาทนั้นมารับบทบาทใหม่ ยังไม่ทราบถึงความคาดหวังที่มีต่อบทบาท อาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จนทำให้บทบาทที่คาดหวังเปลี่ยนแปลงไป แต่ไม่ชัดเจนพอที่จะปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและอาจเกิดจากการที่ผู้แสดงบทบาทอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงบทบาทจากบทบาทหนึ่งไปสู่อีกบทบาทหนึ่งที่ไม่มีขอบเขตของบทบาทชัดเจนว่ามีความคาบเกี่ยวกันอย่างไร จะเลือกบทบาทอย่างไร เมื่อไร เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง และความสับสนที่เกิดขึ้นจากความคลุมเครือในบทบาทนี้สามารถสร้างความเครียดให้กับบุคคลได้

3. ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป (Role Overload) เกิดในกรณีที่ผู้เป็นเจ้าของบทบาท มีความสามารถที่จะแสดงบทบาทได้ระดับหนึ่งที่เหมาะสมกับบทบาทแล้วแต่ถูกคาดหวังจากสังคมให้แสดงบทบาทมากเกินไปที่จะปฏิบัติหรือแสดงบทบาทได้ให้เป็นที่พึงพอใจในระยะเวลาที่จำกัด

4. ความคาดหวังในบทบาทน้อยเกินไป (Role Underload) เกิดในกรณีตรงข้ามกับความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป สังคมไม่ให้ความสำคัญหรือมีความคาดหวังต่อบทบาทนั้นน้อยกว่าความสามารถของผู้แสดงบทบาทหรือผู้ครองบทบาท

5. บทบาทไม่สอดคล้องกัน (Role Incongruity) เป็นภาวะที่ผู้เป็นเจ้าของบทบาทมีทักษะความสามารถไม่เหมาะสมกับบทบาทที่ได้รับมอบหมาย หรืออาจเนื่องจากบุคคลที่เป็นผู้ครองบทบาทมีทัศนคติ และอัตมโนทัศน์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังในบทบาทนั้นๆ

6. ความสามารถเกินกว่าบทบาท (Role Overqualification) เป็นภาวะที่ผู้เป็นเจ้าของบทบาทมีแรงจูงใจ ทักษะ ความรู้มากกว่าที่คุณสมบัติที่สังคมคาดหวัง ก่อให้เกิดปัญหาทั้งกับตัวผู้ครองบทบาทที่ต้องแสดงบทบาทเอง และผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นการใช้ผู้ที่อยู่ในบทบาทน้อยกว่าความสามารถของเขา ทำให้ผู้นั้นเกิดความคับข้องใจได้

7. ความสามารถน้อยกว่าบทบาท (Role Underqualification หรือ Role Incompetence) เกิดเมื่อเจ้าของบทบาทขาดสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาท ได้แก่ ขาดความตั้งใจ ความรู้ ความสามารถ ตลอดจนทักษะไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติบทบาทตามที่รับมอบหมายได้

เมื่อพิจารณาถึงขอบเขตของความเครียดในบทบาทจะมีความแตกต่างกัน Hardy and Conway (1988) จำแนกความเครียดในบทบาทออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความไม่สอดคล้องกับบทบาท (Role Incongruity) เกิดจากอัตมโนทัศน์และค่านิยมส่วนตัวขัดกันกับความคาดหวังในบทบาท 2) ความขัดแย้งในบทบาทเกิดจากความคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาทหรือ

ระหว่างบุคคล 3) การดำรงบทบาทมากเกินไป เกิดจากการที่ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ตามเวลาที่มีอยู่ได้ทั้งหมด 4) ความคลุมเครือในบทบาทเกิดจากความคาดหวังในบทบาทไม่ชัดเจน ณรงค์ เสียงประชา (2550) ได้แบ่งความเครียดในบทบาทออกเป็น 2 ลักษณะคือ 1) ความขัดแย้งในบทบาท เกิดเนื่องจากการไม่รู้จักเลือกแสดงบทบาทให้ถูกต้อง บทบาทใหม่ไม่สอดคล้องกับบทบาทเดิม บทบาทที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับบุคลิกภาพ การคาดหวังในบทบาทขัดกัน และการไม่เข้าใจในบทบาทของตนเอง 2) ความคลุมเครือในบทบาทเกิดเนื่องจากบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นมาไม่ชัดเจน บทบาทเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและวัฒนธรรมและความไม่ชัดเจนของบทบาทใหม่ เนื่องมาจากการเปลี่ยนสถานภาพใหม่

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้ดูแลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ย่อมส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต

ส่วนตัว โดยเฉพาะการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาเป็นลักษณะโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว มักจะทำให้สมาชิกครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองได้ บางครั้งบทบาทที่เปลี่ยนแปลงนั้นเป็นบทบาทที่สมาชิกปรับตัวและยอมรับบทบาทได้ยาก สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เคยมีมา จะต้องถูกเปลี่ยนแปลงไป หน้าที่และความรับผิดชอบใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคยและไม่มี ความรู้ความชำนาญในการแสดงบทบาทเลย ทำให้ผู้ดูแลอาจต้องเลิกบทบาทเดิมที่เคยทำอยู่อย่าง ลื่นเชิง เพื่อเอาเวลามาให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ย่อมทำให้เกิดปัญหาในบทบาทหรือความเครียดใน บทบาทได้ ตามแนวคิดความเครียดในบทบาทของ Hardy and Conway (1988) สามารถจำแนก ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิช, 2537) 1) ปัญหาการคลุมเครือของบทบาท (Role Ambiguity) เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้เจ็บป่วยจึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลและรับรู้ต่อความจำกัด ของตนเองในการแสดงบทบาทผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ 2) ปัญหาบทบาทที่มากเกินไป (Role Overload) เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีบทบาทมากเกินไป และ 3) ปัญหาความขัดแย้งของบทบาท (Role Conflict) เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความกลัวว่าจะตอบสนอง ความต้องการการดูแลของผู้ที่เจ็บป่วยได้ไม่เต็มที่เนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นและความ คาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดสับสน ไม่ทราบว่าจะควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก

ความหมายของความผาสุก

ความผาสุก (Well – Being) เป็นคำที่มีความหมายทางด้านบวก ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกมีความเป็นนามธรรมสูง และได้มีผู้กล่าวถึงแนวคิดความผาสุกพอสรุปได้ดังนี้ ความผาสุกในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาและเป็นเป้าหมายสำคัญของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย บุคคลจะมีความผาสุกในชีวิตได้โดยการอาศัยการดูแลตนเอง แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพ มีโรค มีความพิการหรือสูญเสียโครงสร้างหรือหน้าที่บางอย่าง แม้ในภาวะเจ็บป่วยหรือพิการ ความผาสุกในชีวิตมีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ สุขภาพ การปรับตัว คุณค่าของชีวิต ความหมายของชีวิต และการทำหน้าที่ของบุคคล มีผู้ให้ความหมาย ความผาสุกในมากมาย เช่น

แคมป์เบล (Campbell, 1976) ได้กล่าวว่าความผาสุกของบุคคล หมายถึง ประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการ หรือปรารถนาอยากให้เป็น ซึ่งความขัดแย้งกันระหว่างการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของชีวิตกับสิ่งที่ปรารถนาอยากให้เป็น นั้นในแง่ของความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ หากบุคคลมีความพึงพอใจมากก็เป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่ามีความผาสุกในชีวิตมากตามไปด้วย

ฟิชเชอร์ (Fisher, 1992) กล่าวว่าความผาสุกมีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิต สภาวะของสุขภาพทุกด้านและความสามารถในการทำหน้าที่

ลอร์ดตัน (Lowton, 1997) ให้ทัศนะเกี่ยวกับความผาสุกว่าเป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต (Perceived Quality of Life) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological Well – being) และลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

ดูพวย (Dupuy, 1977) มีแนวคิดความผาสุกว่าเป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบประกอบด้วย 6 ด้านคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา โดยความรู้สึกทั้ง 6 ด้านสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวล เป็นผลจากการคิดประเมินตัดสินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลมากน้อยเพียงใด ความแตกต่างในการประเมินขึ้นกับการรับรู้กระบวนการคิดตัดสินของแต่ละบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง โดยบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะของความรู้สึกว่าเครียด หงุดหงิด กลัว หวั่นวิตกและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจากลักษณะการ

ประเมินความวิตกกังวลของดูพายประเมินเกี่ยวกับอาการกระสับกระส่ายความตึงเครียด ความเครียด แรงกดดัน ว้าวุ่นใจ ความกังวลใจ จากการศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) เรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลพบว่า ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พึงพอใจ ชื่นเคืองที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธ และฉุนเฉียวได้ง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้องอาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และ พฤติกรรมและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2. ความซึมเศร้า เป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ดำเนินตัวเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับความสุขเสีย โดยแบ่งระดับความซึมเศร้าเป็น 3 ระดับคือ 1) ความซึมเศร้าในระดับต่ำ จะมีลักษณะของอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดเป็นครั้งคราวเช่นการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลที่มีค่า เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ 2) ความซึมเศร้าระดับปานกลาง เป็นภาวะที่รุนแรงกว่าระดับต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ซึ่งอาจกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ 3) ความซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่วไปอย่างเห็นได้ชัดเจนเช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลงผิด ประสาทหลอน

3. ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health) ดูพายจัดภาวะสุขภาพเป็นด้านหนึ่งของความ ผาสุก เนื่องจากการทำงานของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน โดยความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจโดยตรงหรือทำให้จิตใจมีความกังวลกับความเจ็บป่วยที่ ประสบอยู่ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามไปด้วย จากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุนนะ (2541) พบว่า การดูแลที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงเวลา กลางคืน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการ เคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อดโรย

4. ความมีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นความรู้สึกที่มีพลังกระชุ่มกระชวย มีขวัญและกำลังใจ สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่รู้สึกท้อแท้เหนื่อยหรือหมดแรงหมดพลัง กลางคืนนอนหลับพักผ่อนได้ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และตื่นนอนด้วยความรู้สึกสดชื่น

5. ความผาสุกในด้านบวก (Positive Well – being) เป็นความรู้สึกว่าชีวิตมีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกด้านบวก เช่น การประสบผลสำเร็จในชีวิต การมีครอบครัวที่อบอุ่น บุคคลในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน ผลกระทบในทางบวกจาก

การให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพตนเอง และผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้นเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2537) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความ ตั้งใจในการให้การดูแล มีความพยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และสัมพันธ์ภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพัน และประเมินว่าการดูแลบิดามารดาในยามชรา มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทำให้ได้ตอบแทนบุญคุณ ได้บุญกุศลจึงเกิดการผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการ เผชิญปัญหา จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ให้การดูแล ซึ่งจะเห็นว่าผลกระทบใน ทางบวกจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

6. การควบคุมตนเอง (Self - control) เป็นการควบคุมพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และ ความรู้สึกของตนเองให้มีความมั่นคง ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผล ให้การมีความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตลดลง

จากแนวคิดความผาสุกที่กล่าวมาแล้วนั้นสรุปได้ว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่มองความผาสุกเป็นภาพรวม และกลุ่มที่มองความผาสุกประกอบด้วย ส่วนประกอบต่าง ๆ โดยบุคคลจะมีความรู้สึกใน 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ โดย ความรู้สึกด้านบวกเป็นความรู้สึกที่มีความสุข มีพลัง กระตือรือร้น ส่วนความรู้สึกด้านลบเป็นความรู้สึก วิตกกังวล กลัว โกรธ กระสับกระส่าย และผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ต่ำ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของดูพายที่มองความผาสุกเป็นภาพรวมและสะท้อนความรู้สึก ด้านบวกและลบออกมาเป็นความรู้สึก 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุกในด้านบวก และการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินสภาพจิตใจที่ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล

การประเมินความผาสุก

การประเมินความผาสุกมีความแตกต่างกันขึ้นกับแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกและ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง โดยทั่วไปการประเมินความผาสุกมี 2 ลักษณะ (Dupuy, 1977) คือ

1. การวัดเชิงวัตถุวิสัย (Objective Well - being) เป็นการประเมินความผาสุกโดยใช้ ข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ เป็นการวัดสภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเอง จากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ทางด้านร่างกาย เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกด้านวัตถุวิสัย เช่น ดัชนีวัด ความผาสุก (The Index of Well - Being: IWB หรือ The Quality of Well - Being Scale) ใช้ วัดระดับคุณภาพความผาสุกของกายภาพ ตามลักษณะสภาพผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในด้านการเคลื่อนไหว

ร่างกายและสถานที่อยู่ ความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมและกิจกรรมทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีความพิการของร่างกาย และต้องการการดูแลช่วยเหลือ แบบวัดความผาสุกโดยรวมกับผู้ป่วยที่มีความพิการของร่างกาย และต้องการการดูแลช่วยเหลือแบบวัดความผาสุกโดยรวม (The Global Well – being Measure) ซึ่งวัดความรู้สึกเกี่ยวกับองค์รวมของชีวิต ซึ่งมีตัวชี้วัดได้แก่ ดัชนีครอบครัว ดัชนีความสำเร็จในชีวิต ดัชนีความสนุกสนาน และดัชนีการเงิน การวัดความผาสุกในเชิงจิตวิสัยมีข้อโต้แย้งกับว่าเป็นการวัดความผาสุกในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ เพราะในปี ค.ศ. 1957-1972 ได้มีการสำรวจในอเมริกาพบว่า แม้ว่าประชาชนจะมีการศึกษาสูงขึ้น ระบบการรักษาพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น แต่ทางด้านความผาสุกในชีวิตลดลงโดยเฉพาะกลุ่มที่มั่งคั่ง ดังนั้นจึงมีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดความผาสุกในชีวิตโดยการประเมินจากประสบการณ์ในชีวิต (Life Experience) โดยเรียกว่าการวัดเชิงจิตวิสัย เป็นการวัดความผาสุกในชีวิตของแต่ละบุคคลโดยขึ้นกับการรับรู้ ประสบการณ์ในอดีต

2. การวัดเชิงจิตวิสัย (Subjective Well – being) เป็นการวัดความผาสุกของแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับ การรับรู้หรือความรู้สึกทางด้านจิตใจของบุคคล ต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่และประสบการณ์ในอดีตของบุคคล เป็นการประเมินโดยตนเองตามความหมาย หรือประสบการณ์ในชีวิต (Life Experience) ของแต่ละบุคคล

เนื่องจากความผาสุกในชีวิตเป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงในเวลานั้น ๆ ดังนั้นการวัดระดับความผาสุกจึงควรได้รับการประเมินด้วยตัวผู้ที่ได้รับการประเมินเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดความผาสุกของ ดูพาย (Dupuy, 1977) ที่กล่าวว่า การที่จะวัดความผาสุกในชีวิตของบุคคลได้นั้นจะต้องวัดให้ได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล มากกว่าที่จะวัดสภาวะภายนอกจิตใจ ดูพาย ได้สร้างเครื่องมือวัดความผาสุกในชีวิตโดยทั่วไป (The General Well – Being Schedule: GWB) ขึ้นเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ที่ผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) เป็นผู้แปลแบบวัดความผาสุกของดูพายเป็นภาษาไทย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการของโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.92 และในกลุ่มอาจารย์พยาบาลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91

แนวคิดโปรแกรม “Powerful Tools”

โปรแกรม “Powerful Tools” ได้ถูกพัฒนาโดย Dr.Kate Lorig และทีมงานจากมหาวิทยาลัย แสตนฟอร์ด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและได้นำแนวคิดของการจัดการตนเอง

ของผู้ป่วยเรื้อรังมาเป็นฐานคิดในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้ดูแล (Kuhn et al., 2003) “Powerful Tools” เป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับผู้ดูแลที่ให้การดูแลบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่ คู่สมรส หรือ ผู้สูงอายุ ในระยะแรก ๆ ได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน และโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โปรแกรมดังกล่าวนี้เป็นโปรแกรมที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ดูแลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลตนเอง และเพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแล โปรแกรม “Powerful Tools” ประกอบด้วย องค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจง มีความสำคัญและมีประสิทธิภาพ 4 ประการได้แก่ การเรียนรู้ การเผชิญปัญหาโดยมุ่งการใช้อารมณ์และมุ่งการแก้ปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม (Boise, Congleton, & Shannon, 2005) นอกจากนั้นแล้ว โปรแกรม “Powerful Tools” ยังรวมถึงองค์ประกอบของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง การฝึกฝนความชำนาญ การแปลความหมายซ้ำของอาการต่าง ๆ การใช้สัญลักษณ์ต้นแบบ การใช้แรงจูงใจทางสังคมเพื่อเพิ่มความสามารถแห่งตน โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือในการดำเนินการเป็นรายสัปดาห์ ร่วมกับการส่งเสริมและกระตุ้นผู้ดูแลรายบุคคล ในการที่จะกำหนดแผนการดำเนินการ การใช้ตัวแบบในการจัดการตนเองและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและการมุ่งใจทางสังคมโดยผ่านกระบวนการสนับสนุนจากกลุ่ม (Boise, Congleton, & Shannon, 2005)

โปรแกรมนี้เป็นการสนับสนุนผู้ดูแลโดยในช่วงแรกได้ถูกออกแบบไว้ 6 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชม. ครั้ง โดยในแต่ละสัปดาห์จะประกอบด้วยชุดของความรู้ที่จะให้แก่ผู้ดูแล รวมทั้งการฝึกทักษะ ซึ่งในแต่ละสัปดาห์ที่สอนจะมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันทั้งนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถของผู้ดูแล โดยการสอนจะเป็นแบบ การแลกเปลี่ยนสองทางและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ การสนับสนุนครั้งที่ 1 เป็นเรื่องการดูแลตนเองของผู้ดูแล ครั้งที่ 2 จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดความเครียดและวิธีการลดความเครียดของผู้ดูแลจากการให้การดูแล และ ครั้งที่ 3 จะสอนเรื่องการสื่อสารเกี่ยวกับความรู้สึก ความต้องการและความตระหนักของผู้ดูแล ส่วนครั้งที่ 4 จะเน้นเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ท้าทาย และการเรียนรู้จากอารมณ์ของผู้ดูแล และครั้งที่ 5 จะเป็นเรื่องการจัดการกับอารมณ์ของผู้ดูแล สำหรับครั้งที่ 6 จะเป็นเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแล ต่อมาได้มีการพัฒนาโปรแกรม “Powerful Tools” นี้ให้เหลือเพียง 1 ครั้ง ๆ ละ 1.5 ชั่วโมง โดยที่รวมเนื้อหาของครั้งที่ 3 และ 4 เข้าด้วยกันเป็นเรื่องเดียว และผสมผสานครั้งที่ 5 กับ 6 ให้เป็นการสนับสนุนเพียงครั้งเดียว ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนานี้ได้มีการทดลองใช้อย่างแพร่หลายและผลการใช้เป็นที่พึงพอใจและยอมรับได้ทางวิชาการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังต่อไปนี้

พื้นที่ที่ทำการวิจัย

คณะผู้วิจัยคัดสรรพื้นที่ที่จะทำการวิจัยร่วมกัน และมีข้อสรุปว่าจะดำเนินการวิจัยที่ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ. ชลบุรี ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุให้ความเอื้อเฟื้อสถานที่ ซึ่งตั้งอยู่ไม่ไกลจากมหาวิทยาลัย และใกล้กับที่พักของกลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการเดินทางมาร่วมการวิจัยและไม่เป็นการสร้างภาระให้แก่กลุ่มตัวอย่างระหว่างเข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุนี้ เป็นหน่วยงานที่มีความร่วมมือทางวิชาการกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประกอบกับผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการชั้นสูง (APN) ปฏิบัติงานที่ศูนย์ ฯ นี้ จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นเหตุผลที่เหมาะสมในการดำเนินการวิจัยที่ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ. ชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ใน อ.บางละมุง จ. ชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 100 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 ราย และกลุ่มทดลอง 50 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลจากการดูแล
2. อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
3. มีความเข้าใจภาษาไทย สื่อสารได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. แบบประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
4. แบบประเมินความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
5. โปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง “Powerful Tools”
6. คู่มือการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ประชุมระดมสมองกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมการวิจัย
2. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย คัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งสองกลุ่ม โดยการสร้างความเข้าใจ และอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยให้แก่ผู้ดูแลทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มควบคุมก่อนโดยวัดความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมจนครบ 50 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะวัดคะแนนความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มควบคุมอีกครั้งห่างจากการวัดครั้งแรก 5 สัปดาห์ และ 9 สัปดาห์ ตามลำดับ
5. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มทดลองเมื่อดำเนินการกับกลุ่มควบคุมเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยแบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองออกเป็น 5 กลุ่มกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ดำเนินการวัดความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองก่อนการสนับสนุนผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools”
6. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการการสนับสนุนผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ตามขั้นตอน โดยทำทีละกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวนกลุ่มละ 4 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ จนครบทั้งสิ้น 50 คน โดยแจกคู่มือการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยโปรแกรม “Powerful Tools” ให้ผู้ดูแลตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้าร่วมวิจัย และให้นำกลับไปอ่านที่บ้านหลังจากดำเนินการวิจัยครั้งที่ 1 เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - สัปดาห์ที่ 1 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการกำหนดความเครียดของผู้ดูแลจากการให้การดูแล

สัปดาห์ที่ 2 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการลดความเครียดของผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการสื่อสารเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความต้องการและความตระหนักของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 3 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับการสื่อสารในสถานการณ์ที่ท้าทาย และการเรียนรู้จากอารมณ์ของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 4 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ของผู้ดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแล

7. เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 แล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการวัดคะแนนความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลอง จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังจากการวัดหลังการทดลองครั้งที่ 1 เป็นเวลา 4 สัปดาห์

8. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยและสรุปการวิจัย

9. นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

10. สรุปและเขียนรายงานผลการวิจัย

11. ถ่ายทอดและขยายผลการวิจัยด้วยการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ รวมทั้งนำเสนอผลการวิจัยในที่ประชุมวิชาการทั้งระดับชาติและนานาชาติ

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” ต่อความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์และหลังการทดลอง 1 เดือนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและในระยะเวลาหลังการทดลองระหว่างควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์และหลังการทดลอง 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและในระยะเวลาหลังการทดลองระหว่างควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 100$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 50$)		กลุ่มควบคุม ($n = 50$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	30	60	28	56
หญิง	20	40	22	44
อายุ				
60-70 ปี	24	48	22	44
71-80 ปี	16	32	17	34
> 80 ปี	10	20	11	22
สถานภาพสมรส				
คู่	24	48	23	46
หม้าย	26	52	27	54
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	7	14	7	14
ความดันโลหิตสูง	5	10	4	8
ไตวายเรื้อรัง	3	6	4	8
หัวใจ	6	12	7	14
หลอดเลือดสมอง	5	10	4	8
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	11	22	12	24
เบาหวานและหัวใจ	8	16	8	16
ความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง	5	10	4	8
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	12	24	11	22
ครอบครัวขยาย	38	76	39	78

ตารางที่.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	26	15	30
เรียนหนังสือ	37	74	35	70
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	100	50	100
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	38	76	35	70
ไม่เพียงพอ	12	24	15	30

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี (ร้อยละ 48) เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22) รองลงมาได้แก่โรคเบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 16) และโรคเบาหวานอย่างเดียว (ร้อยละ 14) โดยผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้ายเนื่องจาก คู่สมรสเสียชีวิต (ร้อยละ 52) และได้รับการเรียนหนังสือ (ร้อยละ 74) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 76) โดยมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 76) ผู้สูงอายุทุกรายไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วหลังจากเจ็บป่วยแต่ครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 76)

สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มควบคุม จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56) มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี (ร้อยละ 44) เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 24) รองลงมาได้แก่โรคเบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 16) และโรคเบาหวานอย่างเดียวและโรคหัวใจอย่างเดียวจำนวนเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 14) โดยผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต (ร้อยละ 54) และได้รับการเรียนหนังสือ (ร้อยละ 70) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 70) โดยมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 78) ผู้สูงอายุทุกรายไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วหลังจากเจ็บป่วยแต่ครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 70)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	24	10	20
หญิง	38	76	40	80
อายุ				
30-40 ปี	15	30	15	30
41-50 ปี	19	38	21	42
51-60 ปี	11	22	10	20
61-70 ปี	5	10	4	8
สถานภาพสมรส				
โสด	11	22	8	16
คู่	28	56	35	70
หม้าย-หย่า	11	22	7	14
สัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ				
บุตร	27	54	26	52
บุตรสะใภ้/ บุตรเขย	12	24	12	24
หลาน	6	12	7	14
คู่สมรส	5	10	5	10
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	13	26	12	24
ครอบครัวขยาย	37	74	38	76
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	10	6	12
เรียนหนังสือ	45	90	44	88

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=50)		กลุ่มควบคุม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ทำงานบ้าน	12	24	10	20
รับจ้าง	15	30	14	28
กสิกรรม	17	34	18	36
ค้าขาย	6	12	8	16
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว				
เพียงพอ	38	76	39	78
ไม่เพียงพอ	12	24	11	22

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 38) รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี (ร้อยละ 30) ทั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 54) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 56) และได้รับการเรียนหนังสือ (ร้อยละ 90) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 74) ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกสิกรรม (ร้อยละ 34) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 76)

สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มควบคุม จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 42) รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี (ร้อยละ 30) ทั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 52) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70) และได้รับการเรียนหนังสือ (ร้อยละ 88) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 76) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกสิกรรม (ร้อยละ 36) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 78)

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ($n = 50$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	n	mean	SD	t	df	p
						(1-tailed)
ระยะก่อนการทดลอง	50	92.80	7.85	13.87	49	<. 001
หลังการทดลอง 1 สัปดาห์	50	62.75	8.20			

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 92.80 คะแนน (SD = 7.85) หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ เท่ากับ 62.75 คะแนน (SD = 8.20) สรุปว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{49} = 13.87, p < .001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	n	mean	SD	t	df	p
						(1-tailed)
ระยะก่อนการทดลอง	50	92.80	7.85	21.86	49	<. 001
หลังการทดลอง 1 เดือน	50	72.75	8.10			

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 92.80 คะแนน (SD = 7.85) หลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 72.75 คะแนน (SD = 8.10) สรุปว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{49} = 21.86, p < .001$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	n	mean	SD	t	df	p
						(1-tailed)
ระยะก่อนการทดลอง	50	58.35	5.63	28.35	49	<. 001
หลังการทดลอง 1 สัปดาห์	50	97.85	6.25			

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 58.35 คะแนน (SD = 5.63) หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ เท่ากับ 97.85 คะแนน (SD = 6.25) สรุปว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 สัปดาห์สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{49} = 28.35, p < .001$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	n	mean	SD	t	df	p
						(1-tailed)
ระยะก่อนการทดลอง	50	58.35	5.63	25.32	49	<. 001
หลังการทดลอง 1 เดือน	50	89.35	6.38			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 58.35 คะแนน (SD = 5.63) หลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 89.35 คะแนน (SD = 6.38) สรุปว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{49} = 25.32, p < .001$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเครียดในบทบาทของ ผู้ดูแล	n	mean	SD	Mean difference	t	df	p
กลุ่มทดลอง	50	92.80	7.85	2.80	2.03	98	.047
กลุ่มควบคุม	50	90.60	6.55				

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 92.80 คะแนน (SD = 7.85) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 90.60 คะแนน (SD = 6.55) สรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = 2.03, p < .047$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์กับกลุ่มควบคุม

ความเครียดในบทบาทของ ผู้ดูแล	n	mean	SD	Mean difference	t	df	p
ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์	50	62.75	8.20	28.60	8.03	98	.043
กลุ่มควบคุม	50	91.35	7.50				

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ เท่ากับ 62.75 คะแนน (SD = 8.20) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 91.35 คะแนน (SD = 7.50) สรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = 8.03, p < .043$)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะภายหลังการทดลอง 1 เดือนกับกลุ่มควบคุม

ความเครียดในบทบาทของ ผู้ดูแล	n	mean	SD	Mean difference	t	df	p (2-tailed)
ภายหลังการทดลอง 1 เดือน	50	72.75	8.10	17	4.03	98	.032
กลุ่มควบคุม	50	89.75	6.40				

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 เดือนเท่ากับ 72.75 คะแนน (SD = 8.10) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 89.75 คะแนน (SD = 6.40) สรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = 4.03, p < .032$)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	n	mean	SD	Mean difference	t	df	p (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	50	58.35	5.63	3.15	2.03	98	.047
กลุ่มควบคุม	50	61.50	8.20				

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 58.35 คะแนน (SD = 5.63) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 61.50 คะแนน (SD = 8.20) สรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = 2.03, p < .047$)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ระยะภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์กับกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	n	mean	SD	Mean difference	t	df	p
ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์	50	97.85	6.25	36.35	7.03	98	.047
กลุ่มควบคุม	50	61.50	8.20				

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ เท่ากับ 97.85 คะแนน (SD = 6.25) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 61.50 คะแนน (SD = 8.20) สรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = 7.03, p < .047$)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ระยะภายหลังการทดลอง 1 เดือนกับกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	n	mean	SD	Mean difference	t	df	p
ภายหลังการทดลอง 1 เดือน	50	89.35	6.38	27.85	5.36	98	.036
กลุ่มควบคุม	50	61.50	8.20				

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 89.35 คะแนน (SD = 6.38) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 61.50 คะแนน (SD = 8.20) สรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = 5.36, p < .036$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนความเครียดในบทบาทหลังการทดลอง 1 สัปดาห์และภายหลังการทดลอง 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนความผาสุกหลังการทดลอง 1 สัปดาห์และภายหลังการทดลอง 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดในบทบาทภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์และภายหลังการทดลอง 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์และภายหลังการทดลอง 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ทั้งนี้ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 4 ข้อ สามารถอธิบายได้ว่า

โปรแกรม “Powerful Tools for Caregivers” (PT4C) เป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและได้นำแนวคิดของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังมาเป็นฐานคิดในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งเป็นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้ดูแล (Kuhn et al., 2003) ลักษณะเด่นของโปรแกรมเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลรวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและที่สำคัญเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุโรค อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน และโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

“Powerful Tools” โปรแกรมดังกล่าวนี้เป็นโปรแกรมที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ดูแลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลตนเอง และเพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแล โปรแกรม “Powerful Tools” ประกอบด้วยองค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจง มีความสำคัญและมีประสิทธิภาพ 4 ประการได้แก่ การเรียนรู้ การเผชิญปัญหาโดยมุ่งการใช้อารมณ์และมุ่งการแก้ปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม (Boise, Congleton, & Shannon, 2005) นอกจากนั้นแล้ว โปรแกรม “Powerful Tools” ยังรวมถึงองค์ประกอบของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง การฝึกฝนความชำนาญ การแปลความหมายซ้ำของอาการต่าง ๆ การใช้สัญลักษณ์ต้นแบบ การใช้แรงจูงใจทางสังคมเพื่อเพิ่มความสามารถแห่งตน โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือในการดำเนินการเป็นรายสัปดาห์ ร่วมกับการส่งเสริมและกระตุ้นผู้ดูแลรายบุคคล ในการที่จะกำหนดแผนการดำเนินการ การใช้ตัวแบบในการจัดการตนเองและพฤติกรรมเผชิญปัญหาและการจูงใจทางสังคมโดยผ่านกระบวนการสนับสนุนจากกลุ่ม (Boise, Congleton, & Shannon, 2005)

โปรแกรม “Powerful Tools” ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการสนับสนุนผู้ดูแล จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 1.5 ชั่วโมง โดยในแต่ละสัปดาห์จะประกอบด้วยชุดของความรู้ที่จะให้แก่ผู้ดูแล รวมทั้งการฝึกทักษะ ซึ่งในแต่ละสัปดาห์ที่สอนจะมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันทั้งนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถของผู้ดูแล โดยการสอนจะเป็นการสอนแบบกลุ่มและมีการแลกเปลี่ยนสองทางรวมทั้งมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ใน สัปดาห์ที่ 1 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการกำหนดความเครียดของผู้ดูแลจากการให้การดูแล ต่อมาใน สัปดาห์ที่ 2 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการ ลดความเครียดของผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการสื่อสารเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความต้องการและความตระหนักของผู้ดูแล สำหรับสัปดาห์ที่ 3 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับการสื่อสารในสถานการณ์ที่ท้าทาย และการเรียนรู้จากอารมณ์ของผู้ดูแล และในสัปดาห์ที่ 4 จะสนับสนุนผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ของผู้ดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแล

อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง และมีคะแนนความผาสุกเพิ่มมากขึ้น นอกจากเป็นผลจากการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools” แล้ว ยังอาจจะเป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยมอบคู่มือการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้กับผู้ดูแลได้นำกลับไปทบทวนและอ่านที่บ้านอีกด้วย ซึ่งภายในคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการกำหนดความเครียดของผู้ดูแลจากการให้การดูแล วิธีการ ลดความเครียดของผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความต้องการและความตระหนักของผู้ดูแล วิธีการสื่อสารในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ท้าทาย และการจัดการกับอารมณ์ของผู้ดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแล โดยที่การมอบคู่มือการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้กับผู้ดูแลนี้ นับเป็นหลักการที่สำคัญประการหนึ่งของโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทจากการดูแลลดลงและเมื่อความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลลดลงจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลกลุ่มต่าง ๆ โดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools for Caregivers” และพบว่าภายหลังการศึกษาผู้ดูแลเหล่านั้นมีความเครียดในการดูแลลดลงและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย (Rosenberg, Gouge, & Craig, 2006) ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Boise, Congleton, & Shannon, 2005) ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนและการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Kuhn, Fulton, & Edelman, 2003) รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพกายที่ดีขึ้นด้วย (Won et al., 2008) ดังนั้นจึงพอที่จะสรุปได้ว่าโปรแกรม “Powerful Tools” นี้มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค

เรื้อรังในชุมชนและทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลงในขณะเดียวกันเป็นการเพิ่มความ
 ความสะดวกของผู้ดูแล

สรุป

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรม “Powerful Tools” สามารถลดความเครียดในบทบาทและ
 เพิ่มความสะดวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากร
 สุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรนำโปรแกรม
 ดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพราะ
 จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลงและมีความสุขมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่
 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากผู้ดูแล นอกจากนี้แล้วควรมีการนำ
 โปรแกรมดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ ด้วยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของ
 โปรแกรม

ผลผลิต (Output)

1. ผลงานตีพิมพ์ ขณะนี้อยู่ระหว่างการส่งผลงานวิจัยลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ
 นานาชาติ
2. ผลงานเชิงสาธารณะ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลงานวิจัยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน
 รวมทั้งนำโปรแกรมดังกล่าวพร้อมทั้งคู่มือมอบให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

รายงานสรุปการเงิน
เลขที่รหัสโครงการ 2554A10862021

โครงการส่งเสริมการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการสนับสนุนผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรม “Powerful Tools”
ต่อความเครียดในบทบาทและความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย
ด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

The Effectiveness of Caregiver’s Support using “Powerful Tools”
Program on Role Stress and Well-being of Caregivers of Elderly with
Chronic Illness in the Community

หัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์
นาง จันทนงค์ อินทร์สุข

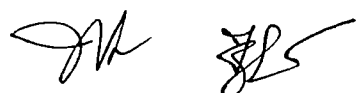
รายงานในช่วงตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2554 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556 ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี
10 เดือน

รายจ่าย

หมวด	งบประมาณทั้งโครงการ	ค่าใช้จ่ายงวดปัจจุบัน	คงเหลือ
1. ค่าจ้าง	104,750	104,750	-
2. ค่าใช้สอย	95,000	70,000	25,000
3. ค่าวัสดุ	37,750	37,750	-
4. ค่าสาธารณูปโภค	12,500	12,500	-
รวม	250,000	225,000	ยังไม่ได้เบิกจ่าย 10 % คิดเป็น 25,000 บาท

จำนวนเงินที่ได้รับและจำนวนเงินคงเหลือ

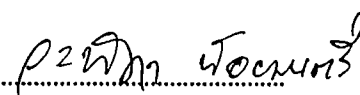
งวดที่ 1	จำนวนเงินที่ได้รับ 50 %	คิดเป็นเงิน 125,000	พ.ย. 2554
งวดที่ 2	จำนวนเงินที่ได้รับ 40 %	คิดเป็นเงิน 100,000	ส.ค. 2555
งวดที่ 3	จำนวนเงินที่ได้รับ 10 %	คิดเป็นเงิน 25,000	ยังไม่ได้เบิกจ่าย
	รวม	250,000	



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

หัวหน้าโครงการวิจัย

15 ก.ค. 2556



(นางสาวระนิตา น้อยมนตรี)

เจ้าหน้าที่การเงินโครงการ

15 ก.ค. 2556

บรรณานุกรม

- Boise, L., Congleton, L., & Shannon, K. (2005). Empowering family caregivers: The powerful tools for caregiving program. *Educational Gerontology, 31*(7), 573-586.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist, 31*(2), 117-124.
- Dupuy, H. J. (1977). The general well-being schedule. In McDowell & C. Newell (Eds.). *A Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (p. 125). New York: Oxford University Press.
- Fisher, A. G. (1992). Functional measures part 1: What is function, what should we measure, and how should we measure it? *The American Journal of Occupational Therapy, 46*(2), 183-185.
- Hardy, M. E. & Hardy, W. L. (1988). Role stress and role strain. In Hardy, M. E. & Conway, M. E. *Role theory: Perspective for health professionals* (2nd ed.). Norwalk: Appleton and Lange.
- Hardy, M. E. & Conway, M. E. (1988). *Role Theory: Perspective for Health Professionals* (2nd ed.). Norwalk: Appleton and Lange.
- Kuhn, D. B., Fulton, R. R., & Edelman, P. (2003). Powerful tools for caregivers: Improving self-care and self-efficacy of family caregivers. *Alzheimer's Care Quarterly, 4*, 189-201.
- Lowton, M. P. (1997). Measure of quality of life and subjective well-being. *Generation, 21*(1), 45-51.
- Rosenberg, E., Jullamate, P., & Azeredo, Z. (2009). Informal care giving: Cross-cultural applicability of the Person-Environment Model. *Health Sociology Review, 18*(4), 399-411.
- Rosenberg, E., Gouge, N., & Craig, S. (2006). "Promoting Healthy Caregiver Relationships: The "Powerful Tools for Caregivers" Workshop." Presented at the North Carolina Conference on Aging, Research Triangle Park, NC, October 25-27.
- Won, C. W., Fitts, S. S., Favaro, S., Olsen, P., & Phelan, E. A. (2008). Community-based "powerful tools" intervention enhances health of caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 46*(1), 89-100.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- จำเรียง กุระมะสุวรรณ. (2552). *สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- ชูด้า จิตพิทักษ์. *สังคมวิทยาและวัฒนธรรมไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สารมวลชน.
- ณรงค์ เส็งประชา. (2550). *มนุษย์กับสังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- พิศวง ธรรมนันทา. (2550). *สังคมวิทยาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2547). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิภาวรรณ ช่อม. (2536). *ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง
 หึ่งพา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 34-36.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วย
 เรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุฒวัฒนะ. (2532). *สิ่งรบกวนในชีวิต
 ประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์
 พยาบาลในมหาวิทยาลัย*. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190.