

เอกสารวิชาการ

เรื่อง ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช

โดย

นางสาวกิริติญา ไทอยู่

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้ง

ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ตำแหน่งเลขที่ 914 กลุ่มงานระบาดวิทยาและข่าวกรอง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง)

ปฏิบัติราชการประจำที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวชและมีการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือน สิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2557 จำนวน 82 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเครียด (Perceived stress Questionnaire: PSQ) และแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale: JCS) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชมีความเครียดระดับสูง และใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้านผสมผสานกัน โดยแบบที่ใช้มากที่สุด คือ แบบเผชิญหน้ากับปัญหา

ผลการศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลเพื่อให้สามารถเผชิญและจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมต่อไป

Abstract

The main purpose of descriptive research was to assess the level of stress and coping strategies in caregivers for elderly with psychotic disorder. The subjects were caregivers who attended the elderly that age more than 60 years old and doctor diagnostic psychotic disorder (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, Mood disorders) that duration of care at least 6 months in Kokha, Lampang during August to September 2014. The 82 subjects were purposively selected. The instrument used in this study were the Demographic Data Interview Form, the Perceived stress Questionnaire (PSQ), and the Jalowiec coping scale (JCS). Data were collected by nurse at hospital and analyzed using descriptive statistics. The result of this study revealed that the stress caregiver for elderly with psychotic disorder was at high level. All caregivers used a combination of coping strategies. The proportion of coping strategies the caregivers used the highest was confrontive coping strategies.

The study results can be used to help and plan to promotion mental health of caregivers to effective cope with stress.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชทุกท่านใน อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดีมาตลอด

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ที่เป็นกำลังใจในการศึกษาเรียนรู้และคอยให้ความห่วงใยตลอดมา และผู้มีพระคุณ 2 ท่านคือ อาจารย์ชรียา วิชราวัฒน์ และอาจารย์ปราณี มิ่งขวัญ ซึ่งอนุญาตในการใช้เครื่องมือและคอยช่วยเหลือตลอดการทำการวิจัยครั้งนี้ คุณประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้ ผู้ศึกษาขอมอบแต่ครอบครัว ครูอาจารย์ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคจิตเวชทุกท่านที่ทำให้การวิจัยลุล่วงไปด้วยดี

กิริติญา ไทอยู่

มกราคม 2558

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ	ง
บทที่ 1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
ขอบเขตการศึกษา.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	3
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา.....	4
บทที่ 2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
ความเครียด	6
ผู้สูงอายุ	17
ผู้ดูแล	30
บทที่ 3. วิธีดำเนินการ.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 4. ผลการวิจัย	50
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5. สรุป อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	58
สรุปผลการศึกษา	58
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	62
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	62
เอกสารอ้างอิง	63
ภาคผนวก	69
ประวัติผู้เขียน	77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2000 จะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 570 ล้านคนและในปีค.ศ. 2020 จะมีจำนวนถึง 976 ล้านคน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การสหประชาชาติซึ่งประเมินว่าในปี พ.ศ. 2544 – 2643 (2001 - 2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั้งโลกและมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะที่ยากจนซึ่งเป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับในยุคปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สาเหตุหลักมาจากการที่เด็กเกิดน้อยลงและอายุคนไทยยืนยาวขึ้น โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้จัดเป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยในขณะนั้นมีจำนวนผู้สูงอายुर้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด (องค์การสหประชาชาติกำหนดประเทศที่อยู่ในแถบเอเชียใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุ ขณะที่ประเทศในแถบยุโรปใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าเป็นผู้สูงอายุ) ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเรื่องโครงสร้างประชากรไทยว่า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2551 - 2571 สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่าภาคเหนือมีอัตราประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ร้อยละ 12.6 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 10.7 ภาคกลางและภาคใต้ เป็นร้อยละ 10.3 และร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ส่วนกรุงเทพมหานครมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่ำที่สุดคือร้อยละ 9.4 นอกจากนี้ข้อมูลสำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2555 ได้มีการจัดลำดับจังหวัดที่มีดัชนีผู้สูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรกในประเทศไทย โดยพบว่าจังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีดัชนีผู้สูงวัยมากที่สุด รองลงไปเป็นจังหวัดลำพูน และจังหวัดแพร่ ตามลำดับ

สังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นสำคัญประเทศไทยที่รัฐบาลโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการวางแผนในการรองรับและสนับสนุนทรัพยากรรวมทั้งองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุเนื่องจากวัยผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการ

เปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เสื่อมลง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นด้วย วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีด้านความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อที่จำเป็นต้องมีการดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว การประเมินภาวะสุขภาพโดยพิจารณาจากจำนวนปีที่ผู้สูงอายุสูญเสียการมีสุขภาพดีหรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพ (Disability adjusted life year; DALYs) พบว่าร้อยละ 85 ของการสูญเสียการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุเกิดจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต นอกจากนี้ยังมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเองพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 54.4 มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง สุขภาพดีมากร้อยละ 9.3 สุขภาพดีร้อยละ 25.5 และสุขภาพไม่ดีร้อยละ 10.8 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าอัตราส่วนของการมีสุขภาพไม่ดีของผู้สูงอายุลดลงจากร้อยละ 40.9 ในปี 2530 (อึ้งใน มัลลิกา โมกษะสมิต 2555)

จากการรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2552 พบว่าในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547- พ.ศ. 2551) มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปมาเข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 141,566 รายต่อปี และรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 2,663 รายต่อปี โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรกได้แก่ (เรณูการ์ ทองคำรอด , โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2552)

- 1) โรควิตกกังวลและความเครียด คิดเป็นร้อยละ 26.42
- 2) โรคจิต เช่น โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 25.73
- 3) โรคที่มีสาเหตุจากทางสมองและทางกาย เช่น โรคสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 18.47
- 4) โรคทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 18.24
- 5) โรคที่มีสาเหตุจากสารเสพติด เช่น จากสุรา คิดเป็นร้อยละ 3.45

การศึกษาข้อมูลประชากรในเขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2554 -2556 ใน อ.เกาะคา จ.ลำปาง พบว่าจำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2553 ซึ่งมีสัดส่วน 18.06 % เพิ่มขึ้นเป็น 18.49 % และ 19.01 % ในปี พ.ศ. 2554 และ ปี 2555 ตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเองแล้วยังส่งผลต่อกับครอบครัวและคนรอบข้าง เนื่องจากในผู้สูงอายุจะมีการดำเนินโรคทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นอีกประเด็นที่ไม่ควรมองข้าม โดยความเสื่อมของช่วงวัยผู้สูงอายุประกอบกับภาวะจิตเวชที่เป็น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการรับรู้วัตถุ ความสามารถเชิงบริหารจัดการ เช่น การวางแผน การจัดระเบียบ การจัดลำดับ การคิดแบบนามธรรม นอกจากนั้นยังมีอาการร่วมอื่นๆ เช่น การตัดสินใจผิดพลาดไป สภาวะอารมณ์แปรปรวน บุคลิกภาพเปลี่ยนไปทำให้การรับรู้หรือการช่วยเหลือตัวเองลดลง ครอบครัวจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและช่วยเหลือมากขึ้น ด้วยภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับญาติผู้ดูแลยังมีหน้าที่การทำงาน ความรับผิดชอบและชีวิตส่วนตัวเดิมที่มีอยู่ ทำให้ญาติต้องดำรง

หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน รวมถึงเวลาที่ใช้ในการดูแลและปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว ความขัดแย้งดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด (อ้างใน เนติยามร์ แจ่มทิม 2553).

ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลเกาะคา มีความสนใจและตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยซึ่งอาจต้องมีการพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปและจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังทางด้านสุขภาพจิตของอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางพบว่ายังไม่มีการศึกษาและสำรวจความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชมาก่อน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาข้อมูลสุขภาพจิตด้านระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคจิตเวชในเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ดูแลในการเผชิญและจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวชในเขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชในพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเวช (ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด , ความผิดปกติทางอารมณ์) โดยผู้ดูแลได้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 82 คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2557

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกว่าถูกคุกคามจากเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกายแล้วประเมินว่าเกินกำลังกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านซึ่งส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างโดยการแสดงออกมาทางร่างกาย ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง การกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวชใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งลักษณะการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative coping)

ผู้ดูแล หมายถึง บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวชและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

ผู้สูงอายุโรคจิตเวช หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวชซึ่งเป็นผู้ป่วยภายใน 2 กลุ่มนี้ คือ

1. ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด
2. ความผิดปกติทางอารมณ์

ปัจจุบันได้รับการรักษาและพักอาศัยอยู่ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

1. ทราบระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวชหรือข่ายบริการสุขภาพ อ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

2. นำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษามาวางแผนงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. ความเครียด

ความหมายของความเครียด

ประเภทของความเครียด

ระดับความเครียด

สาเหตุของความเครียด

ผลกระทบของความเครียด

การจัดการกับความเครียด

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

2. ผู้สูงอายุ

ความหมายผู้สูงอายุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกับโรคทางจิตเวช

3. ผู้ดูแล

ความหมายผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทการดูแล

ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ความเครียด

ความเครียด (Stress) ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึงอาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลาย เพราะคร่ำเคร่งอยู่กับงานจนเกินไป และมีรากศัพท์มาจาก ภาษาละตินว่า “stringere” ซึ่งแปลว่า ความขมึงเกลียว

ความหมายของความเครียด

Lazarus, R.S. (1976 อ้างในมยุรี ตานินทร์ 2552: 10) ปฏิเสธว่าความเครียดไม่ได้เป็นทั้งสิ่งเร้าและการตอบสนองแต่เป็นการกระทำร่วมกันระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าคุณค่าในสภาพการณ์อย่างหนึ่งอาจทำให้บุคคลหนึ่งเกิดความรู้สึกเครียด ในขณะที่เหตุการณ์ทำนองเดียวกันกลับไม่มีผลอย่างใดกับบุคคลอื่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดความรู้สึกในการประเมินสถานการณ์นั้น (Cognitive appraisals) เช่นเดียวกับปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายถูกกระตุ้น Lazarus ให้ข้อสังเกตว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน แม้จะไม่ได้อยู่ในภาวะเครียดก็ตาม เช่น การเดินเร็ว การชมวิวล้วนแต่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ฉะนั้นจึงสรุปได้ว่าความเครียดไม่ได้เกิดจากสถานการณ์หรือตัวบุคคลอย่างหนึ่งอย่างใดแต่ขึ้นอยู่กับกรณีที่บุคคลประเมินเหตุการณ์และปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์อย่างไร

กรมสุขภาพจิต (2541) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายจิตใจ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้ สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุณค่า บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้

วเรช ช้างแก้ว (2545 : 6) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้น โดยมีความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ และอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

จันทา พงษ์ศิริ (2541: 16 อ้างในเย็นฤดี กะมุคดา 2549: 16) ได้ให้คำจำกัดความเครียด หมายถึงภาวะที่ร่างกาย และจิตใจถูกกดดัน หรือถูกคุกคามจากสิ่งภายนอกและภายในร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ขัดขวางการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

มยุรี ตานินทร์ (2552 : 10)ความเครียดเป็นภาวการณ์เปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อตกอยู่ภายใต้สถานการณ์แวดล้อมที่รับรู้ว่าคุณค่าต่อความผาสุกของบุคคล โดยการเปลี่ยนแปลงจะแสดงออกมากในลักษณะของการตื่นตัวของร่างกาย ความรู้สึกทุกข์ใจ และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บุคคลได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกรณีที่บุคคลให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆในชีวิตทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบ

โต้ต่อความเครียด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นทั้งผลดีและผลเสียขึ้นอยู่กับการประเมินความเครียดนั้น ว่ามากน้อยเพียงใดซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการปรับตัวหรือการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป

วนรัตน์ สิงโต (2555: 39) ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ และแสดงความคิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ในรูปแบบของเกิดการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิต

เย็นฤดี กะมุกดา (2549: 16) กล่าวว่าความเครียด คือ ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อจิตใจถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า ทำให้ตื่นเต้นหรือวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย หรืออาจเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้นมาได้

ประเภทของความเครียด

มิลเลอร์ และเคียม (Miller & Keame, 1972) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิด คือ ความเครียดทางร่างกายและความเครียดทางจิตใจ

1. ความเครียดทางร่างกาย (Physical stress) แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามปฏิกิริยาตอบสนอง คือ

1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency stress) เป็นความเครียดเกิดขึ้นทันทีทันใดที่ได้รับสิ่งที่คุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น การได้รับบาดเจ็บ การเกิดอุบัติเหตุหรือการตกอยู่ในสถานการณ์ที่น่ากลัว

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่องกัน (Continuing stress) เป็นสิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยต่าง ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในบางโอกาส เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง การตั้งครรภ์ เป็นต้น

2. ความเครียดทางด้านจิตใจ (Psychological stress) เป็นการตอบสนองของร่างกายอย่างเฉียบพลันเมื่อคิดว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น ทำให้เกิดความเครียดของกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นแรงและเร็ว

มารุต คำชะอม (2550 อ้างในมยุรี ตานินทร์ 2552: 11) แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นทันที (Acute stress) ร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียดนั้นทันทีเหมือนกัน โดยมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เมื่อความเครียดหายไปร่างกายก็จะกลับสู่ปกติเหมือนเดิม ฮอร์โมนก็จะกลับสู่ปกติ ตัวอย่างความเครียด เช่น เสียง อากาศเย็นหรือร้อน ชุมชนที่คนมากๆ ความกลัว ตกใจ หิวข้าว และ อันตราย

2. ความเครียดเรื้อรัง (Chronic stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทุกวันและร่างกายไม่สามารถตอบสนองหรือแสดงออกต่อความเครียดนั้น ซึ่งเมื่อนานวันเข้าความเครียดนั้นก็จะสะสมเป็นความเครียดเรื้อรัง ตัวอย่างความเครียดเรื้อรัง เช่น ความเครียดที่ทำงานหรือเรื่องเรียนความเครียดที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความเครียดของแม่บ้านและความเหงา

ระดับความเครียด

ปรีชา อินโท (2540 : 13 อ้างใน อภิชา เข้มซ้อย 2550: 25) แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับน้อย (Mild stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่เล็กน้อยพบได้ในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่เกิดมาจากเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย เช่น พบอุปสรรคในการเดินทางไปทำงาน รอรถประจำทางนาน พลาดนัด อย่างไรก็ตามความเครียดชนิดนี้จะสิ้นสุดในเวลาอันสั้นเพียงไม่กี่วินาทีหรือไม่ถึงชั่วโมง

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Middle stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดรุนแรงกว่าชนิดแรกอาจเกิดเป็นชั่วโมงหรือหลายชั่วโมงจนกระทั่งเป็นวัน เช่น ความเครียดจากการทำงานหนัก ทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก ระดับความเครียดปานกลางนี้เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนอง โดยการต่อสู้กับความเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ พฤติกรรม อารมณ์และความคิด เพื่อจัดการสาเหตุที่ทำให้เครียด หรือผ่อนคลายความเครียดลงจนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ กลับสภาพปกติ

3. ความเครียดระดับมาก (Severe stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรง ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนหรือเป็นปี สาเหตุของความเครียดจะรุนแรงหรือมีหลายสาเหตุ เช่น ความเครียดจากการสูญเสียคู่ครอง การเจ็บป่วยอย่างร้ายแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ล้มเหลวในการทำงานซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด มีพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้เกิดความเสียหายต่อการดำรงชีวิต

มยุรี ตานินทร์ (2552: 13) แบ่งระดับความเครียดแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ

1. ความเครียดระดับต่ำ เป็นความเครียดที่พบในชีวิตประจำวันของคนทั่วไป เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้นและหายไปได้ในเวลารวดเร็วไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิต

2. ความเครียดระดับปานกลาง เป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าระดับแรกอาจมีระยะอยู่ยาวนานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลเสียต่อการดำรงชีวิต

3. ความเครียดระดับสูง ความเครียดระดับนี้มีความรุนแรงมาก เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี มีผลกระทบต่อตัวบุคคลคือมีความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ มีความล้มเหลวในการปรับตัว บุคคลที่มีความเครียดในระดับนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

สาเหตุของความเครียด

Engel (อ้างใน กมลมาลย์ อุปพันธ์, 2551) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียเป็นการสูญเสียสิ่งมีค่า สิ่งที่เป็นของรักหรือมีความสำคัญต่อตน หรือเป็นเพียงความรู้สึกเกรงว่าจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือทรัพย์สินสมบัติของตน ก็ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด

ขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย สูญเสียญาติสนิท การสูญเสียหน้าที่การงานหรือบทบาทในสังคม เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ซึ่งไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจ โดยไม่คาดคิด การต้องสอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบในหน้าที่ที่ไม่เคยทามาก่อน

3. ความเครียดที่เกิดจากความซับซ้อนใจ อันเนื่องมาจากความต้องการของสัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์ จิตใจ และทางสังคมในการดำรงชีวิต เมื่อความต้องการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ก็จะเกิดเป็นความซับซ้อนใจในแสดงออกมาในรูปของความเครียด เช่น ความหิว ความอยากมีชื่อเสียง ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน เป็นต้น

มิลเลอร์ และเคียเม่ (1983 อ้างใน อัมพร โอตระกูล, 2540: 26-27) กล่าวว่า มูลเหตุของความเครียดอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมนอกร่างกายหรือเกิดจากภาวะภายในร่างกายก็ได้ ดังนี้

1. ความเครียดภายในร่างกาย (Internal stress) ซึ่งเกิดได้จาก

1.1 ความเครียดทางชีววิทยา (Biological stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือทางชีวภาพ หรือเกี่ยวข้องกันสิ่งที่เป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำ ซึ่งถ้าร่างกายได้รับไม่เพียงพอก็จะมีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย เช่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ ชวนเฉียว เกิดเป็นความเครียดขึ้น

1.2 ความเครียดทางพัฒนาการ (Developmental stress) เป็นความเครียดที่เกิดในช่วงของพัฒนาการในแต่ละวัย โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจจากเหตุจูงใจทางสังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการมีชื่อเสียง การได้รับการยกย่องนับถือความต้องการมีเพื่อน เป็นต้น ซึ่งความต้องการดังกล่าวไม่เป็นไปตามความคาดหมายที่ตนต้องการก็จะก่อให้เกิดความเครียด

2. ความเครียดจากภายนอกในร่างกาย (External stress) หรืออาจเรียกว่าความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเกิดได้จาก

2.1 สภาพแวดล้อมภายนอกทั้งทางด้านกายภาพ หรือสถานการณ์ หรือวิกฤตการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเจ็บปวดแก่ร่างกายจะทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ความร้อนฝุ่นละออง เชื้อโรค ภาวะน้ำท่วม ไฟไหม้ ภาวะสงคราม เป็นต้น

2.2 ชื่อเรียกช่องทางสังคมที่เกิดจากกฎระเบียบ วัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมได้ก็ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ใจ เกิดความเครียด

Goodel et.al. (1986 อ้างในมยุรี ดานินทร์ 2552: 14) พบว่า การเกิดความเครียดมี 2 รูปแบบ คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการกระตุ้นของปัจจัยภายนอก (A stimulus-based model of stress: External factors)

รูปแบบการเกิดความเครียดในลักษณะนี้ได้้นำแนวความคิดในวิชาฟิสิกส์ และวิศวกรรมมาจับต้องกับการเกิดความเครียด โดยเปรียบเทียบความเครียดได้กับแรงต้านที่มนุษย์ขับออกมาจากร่างกายในตน เพื่อต้านกับแรงกดดันภายนอกที่มากระทบ และจากสภาวะการต้านนั้นเองก็ให้เกิดความเครียด สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่บนโลกนี้

ไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิต หรือไม่มีชีวิตก็ตามก็มีความสามารถรับความต้านทานอยู่ในระดับหนึ่ง ถ้าต้องทนรับสิ่งที่หนักเกินกำลัง ก็จะเป็นอันตราย เสียหาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นการชั่วคราว หรือถาวรก็ได้ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในลักษณะปัจจัยภายนอกในทฤษฎีนี้มักจะให้ความสำคัญแก่แหล่งที่เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นในลักษณะที่สัมผัส และมองเห็น ได้เช่น ลักษณะของสภาพของการทำงาน ภายใต้อุณหภูมิสูง หรือต่ำเกินไป แสง เสียง หรือสภาพชุมชนที่แออัด เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนอง (A response-based model of stress: Personal factors) รูปแบบการเกิดความเครียดในลักษณะนี้ มีเรื่องเกี่ยวข้องเฉพาะคุณสมบัติของบุคคลใน 5 ประการดังนี้ คือ

2.1 ความเครียดที่เกิดจากการใช้ความรู้สึกตนเองมากำหนดพิจารณาว่าสิ่งที่พบเห็นเป็นความเครียด แล้วเกิดความเครียดขึ้น (Cognitive appraisal)

2.2 ประสบการณ์ (Experience) การสัมผัสกับความเครียดต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา จะถูกมองว่าเป็นสาเหตุแห่งความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับระดับความคุ้นเคยกับเหตุการณ์นั้นมากน้อยเพียงใด ประสบการณ์ดังกล่าวหมายถึง จากประสบการณ์ตรง การสั่งสอน การเรียนรู้ให้เกิดการระวังภัย หรือความกังวลในสิ่งนั้น ๆ คือ วัคซีนรับความเครียดได้มากน้อยของแต่ละบุคคลนั่นเอง

2.3 ความปรารถนาอย่างแรงกล้า (Demand) เป็นสาเหตุแห่งความเครียดอันเกิดจากการไม่ได้รับผลตามที่คาดหวัง หรือไม่มีความสามารถในการดำเนินการ ได้อย่างที่หวัง ความต้องการความปรารถนาอย่างแรงกล้า เป็นความรู้สึกกระตุ้นความเครียดให้สูงขึ้นในทันทีทันใดในขณะที่รู้สึกไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง

2.4 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ก่อให้เกิดความเครียด (Interpersonal influence) เมื่อไม่มีการสมาคมกับใคร ความเครียดจากผู้อื่นก็แทบไม่มี เมื่อต้องมีคนอยู่ใกล้ชิดมาก ๆ หรือการจากหายของผู้อื่นไป ก็ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน แต่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพที่ดีหรือไม่ดีต่อกันอยู่ระดับใด รักกันมากจากกันไปก็เครียด กังวล เสียใจ เกลียดกันจากไปก็ชอบใจดังนี้ เป็นต้น

2.5 การแสดงออกสภาวะการเครียด (A state of stress) และอาการที่แสดงออกมาจากความพยายามในการจัดการต่อการเกิดความเครียดของคนนั้น มีลักษณะต่าง ๆ กัน บางคนสูบบุหรี่มวนต่อมวน เพิ่มการดื่มสุรา พักผ่อนนอนหลับ ถ้าปล่อยความเครียดให้อยู่ในระยะยาวอาจจะแสดงออกมาในลักษณะโรคภัยไข้เจ็บ เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น

ผลกระทบของความเครียด

กรมส่งเสริมสุขภาพจิต (2541 วนรัตน์ สิงใส 2555: 40) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดไว้ดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) ความเครียดในระดับนี้มีน้อยและสิ้นสุดในระยะเวลาอันสั้นอาจนานเพียงเสี้ยววินาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องหรืออยู่กับเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยที่เกิดใน

ชีวิตประจำวันจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา จะเพิ่มความสามารถในการทำงานให้สูงขึ้น

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดในระดับนี้อาจอยู่ยาวนานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และรุนแรงกว่าระดับแรก ผลกระทบต่อบุคคลมีมากกว่าระดับแรก เช่น ความเครียดจากภาระงานที่หนัก ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในลักษณะที่ท้อแท้ ไร้อารมณ์ บ่อย ๆ เช่น กินมาก นอนไม่หลับ ตลอดจนคิดขี้คิดเล้าได้

3. ความเครียดในระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้จะอยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นปี ระดับที่มีความรุนแรงมาก อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุรวมกัน เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การหย่า การถูกตัดสินใจจาก หรือการเจ็บป่วยในระยะรุนแรง ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น ๆ อาจก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ มากมาย ดังนี้

3.1 ผลเสียทางด้านร่างกาย เกิดจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้ระบบการทำงานของร่างกายบกพร่องด้วย ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย หรือเกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ เช่น ภูมิแพ้ เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง อาการแพ้ต่าง ๆ โรคผิวหนัง ผอมร่าง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน

3.2 ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ ให้การรับรู้เสื่อมลงบิดเบือนไปจากความจริง เชื่อสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงไม่สนใจสิ่งรอบตัว ความคิดสับสน ความจำลดลง สมาธิลดลง ตัดสินใจไม่ได้ อารมณ์แปรปรวน แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม โกรธ และหงุดหงิดง่าย แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ มีความรู้สึกด้อยค่า พฤติกรรมหวาดระแวง ย้ำคิดย้ำทำ หวาดกลัว นอนไม่หลับ สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ท้อแท้ ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะที่มีความเครียดอย่างยาวนานมาก ๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3.3 ผลเสียทางด้านความคิด ทำให้กระบวนการคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ยังเป็นโทษกับตนเองเป็นผลให้เกิดความเครียดทวีคูณ ความเครียดที่เกิดจากสภาพการณ์ที่มาคุกคาม ยังไม่มากเท่ากับ ความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคล เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือน ไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

3.4 ผลเสียทางด้านพฤติกรรม ความเครียดส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางและการพูดและยังมีผลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การนอนไม่หลับ กินมากกว่าปกติ ย้ำคิดย้ำทำ ปกติจากสังคม อยู่อย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูต่อผู้อื่น มีการระบายอารมณ์ ทำงานได้น้อยลงประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย

3.5 ผลเสียต่อครอบครัว บุคคลเครียดจากสภาพการณ์นอกบ้าน แล้วมาระบายความรู้สึกหรือพฤติกรรมทางลบกับคนใกล้ชิดในครอบครัวก่อให้เกิดผลเสียตามมา ทำให้สัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี เช่น เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง โต้เถียงกันในเรื่องไม่เป็นเรื่อง ไม่มีความเข้าใจกัน ไม่ใช่เหตุผลในการพูดคุย

3.6 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการขาดงาน ผลของการทำงานลดลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นต้น

สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540: 10-13) พบว่าความเครียดส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกาย 7 ระบบ ได้แก่

1. ระบบกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่นกล้ามเนื้อคอ เป็นต้น
2. ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกทำให้ระบบย่อยอาหารผิดปกติ
3. ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ มีอาการความดันโลหิตสูงหรือปวดศีรษะข้างเดียว
4. ระบบความคิดทำให้เกิดความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจไม่เหมาะสมขาดการยับยั้งไตร่ตรอง
5. ระบบการควบคุมอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียดถึงระดับอันตรายมักจะทำให้เกิดอารมณ์โกรธกังวล และเศร้าตามมา
6. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่นเป็นหวัด ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น
7. ระบบฮอร์โมน เช่นความต้องการทางเพศลดลง ผู้หญิงจะมีประจำเดือนมาไม่ปกติ

วนรัตน์ สิงใส (2555: 42) ผลกระทบจากความเครียด จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดตั้งแต่ระดับต่ำไปจนถึงระดับความเครียดสูง ซึ่งความเครียดนี้จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและคนรอบข้าง

มยุรี ตานินทร์ (2552: 17) ความเครียด มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และพฤติกรรมแล้วแต่ว่าใครจะประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบมากน้อยเพียงใด และบุคคลนั้นมีการปรับตัวที่แตกต่างกันไป ซึ่งผลกระทบของความเครียดนั้นมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ถ้ามีในระดับน้อยก็จะทำให้เกิดความกระตือรือร้น แต่ถ้ามีมากเกินไปก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

การจัดการกับความเครียด

สมจิต หนูเจริญกุล (อ้างใน วนรัตน์ สิงใส 2555: 43) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียดและตระหนักถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตใจและสรีระของตน บุคคลจะหาวิธีจัดการกับ

อาการหรือการตอบสนองนั้น ๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเผชิญกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ

1. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นรู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อให้ไม่ให้ความเครียดนั้นทาลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือ บุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้าย เพื่อให้ไม่ให้เป็นทุกข์จนไม่สามารถจะทำอะไรได้ เป็นต้น

การเผชิญกับความเครียดนั้น มีอยู่ 5 วิธี คือ

1. การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข

2. การกระทำโดยตรง (Direct Action) เป็นการกระทำเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

3. การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of Action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

4. การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่าย

5. การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เช่น ปฏิเสธหรือเก็บกด เป็นต้น

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

เนติยาภรณ์ แจ่มทิม (2553) ได้รวบรวมการศึกษาพบว่า ได้มีหลายงานวิจัยที่ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคต่างๆ ไว้ ได้แก่ การศึกษาของเอื้ออารีย์ สาลีกา (2543 : 89 อ้างในเนติยาภรณ์ แจ่มทิม 2553) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคจิตเภทว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องประสบกับความเครียดต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยและความเครียด จากการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย รวมทั้งความเครียดต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการปรับตัว โดยมีปฏิริยาตอบสนองต่อความเครียดในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง นอกจากนี้จากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536 : 96 อ้างในเนติยาภรณ์ แจ่มทิม 2553) พบว่าภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลสามี ซึ่งแสดงถึงการมีความเครียดชัดเจน ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ใจสั้น ตกใจง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการ

ดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล หรือการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกเกิดความรู้สึก อาจใช้การเผชิญความเครียดแบบลอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ซึ่งการปรับตัวเป็นไปแบบนี้ย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยซึ่งนับวันจะมีขึ้นมากเรื่อยๆ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537 :34 อ้างในเนติยาฉัตร แจ่มทิม 2553) จากภาวะในการที่ต้องดูแลรับผิดชอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ตลอดจนถึงแบกรับปัญหาอย่างมากมาย ทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลซึ่งมาจากหลายแหล่ง ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกเศร้าต่อภาวะการดูแล และจากการศึกษาของฮอง (Hong, 2005 : 3-8 อ้างในเนติยาฉัตร แจ่มทิม 2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มญาติผู้ดูแลสูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พบว่า บุคคลภายในครอบครัวที่ต้องมีบทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะมีความวิตกกังวลที่จะส่งผลกระทบต่อความเครียด 4 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) ความวิตกกังวลจากสุขภาพของผู้ป่วย
- 2) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
- 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับฐานะทางรายได้

สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2541 : 69 อ้างในเนติยาฉัตร แจ่มทิม 2553) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่าครอบครัวใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและหาวิธีแก้ไขปัญหา การใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์ การใช้กลไกทางจิตซึ่งเป็นทั้งการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกบุคคล และการมุ่งในการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ ส่วนการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาลิกา (2543 : 72 อ้างในเนติยาฉัตร แจ่มทิม 2553) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การเผชิญความเครียดของครอบครัว คือ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการแก้ไขปัญหาคือการใช้การแสวงหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยใช้กลไกทางจิต ด้วยการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การกล่าวโทษตัวเอง การผ่อนคลายเป็นการระบายออก การอ้างเหตุผล การมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ให้ลดลง โดยการใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์ด้วยการเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง และใช้ความอดทนในการควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดทั้งในด้านการปรับตัวที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และการปรับตัวในการมุ่งจัดการกับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ขณะมีความเครียด และจากการศึกษาของพรชัย จุลเมตต์ (2544 :81 อ้างในเนติยาฉัตร แจ่มทิม 2553) ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดผสมผสานกัน โดยใช้วิธีการจัดการกับปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ และขวัญพนมพร ธรรมไทย (2546 : 89 อ้างในเนติยาฉัตร แจ่มทิม 2553) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า ผู้ดูแลพยายามใช้การเผชิญความเครียดที่ได้ผลหลายรูปแบบ และเกือบทุกรูปแบบช่วยแก้ปัญหา และลด

ความเครียดในสถานการณ์การดูแลได้ยกเว้นปฏิเสธ และตอบสนองในทางลบซึ่งให้ผลลบในทุกสถานการณ์

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984 อ้างใน มยุรี ตานินทร์ 2552: 17) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและอธิบายว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้น ความเครียด (Stress) จึงหมายถึงเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น การตัดสินใจว่าเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิด การประเมินโดยใช้สติปัญญา (Cognitive appraisal)

Lazarus and Folkman (1984) ได้จำแนกการประเมินโดยใช้สติปัญญาออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น มีผลกระทบอย่างไรต่อบุคคล การประเมินนี้แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1.1 ไม่เกิดผลใดๆ หรือไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตน หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้นๆ

1.2 มีผลดีหรือได้รับประโยชน์กับตนเอง (Being positive) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลไปในทางดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นผ่อนคลายโดยไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 เกิดความเครียด (Stress) คือ การพิจารณาตัดสินว่า ในเหตุการณ์นั้น บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียคนที่รัก เป็นต้น

1.3.2 คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตราย หรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ท้าทาย (Challenge) ซึ่งเป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้น อาจจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเองทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ต้องอาศัยความเฉลียวฉลาดในการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนมีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อที่จะหาทางแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากการประเมินปฐมภูมิและการประเมินทุติยภูมิ โดยใช้ข้อมูลและแหล่งประโยชน์ทั้งจากสิ่งแวดล้อมและภายในบุคคลในการควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่มากกระทบการประเมินซ้ำ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) อาจปรับเปลี่ยนได้หรือเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานของกลไกการปกป้อง (Defense appraisal)

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความจริงหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factors) คือ

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

- 1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- 1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด
- 1.3 ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์นั้น

2. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่

- 2.1 ข้อผูกพัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญ และมีความหมายต่อบุคคลและบุคคลนั้นไม่มีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด
- 2.2 ความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้หรือไม่
- 2.3 สถิติปัญญาของบุคคล ที่ใช้ในการประเมินว่าตรงกับความเป็นจริงเพียงใด ผู้ที่มีสถิติปัญญาสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง อาจเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด บุคคลจะมีการเผชิญความเครียด (Coping) และตอบโต้โดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์หรือสภาวะตึงเครียด มีผู้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดไว้ดังนี้

สวานีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527: 99 อ้างใน มยุรี ตานินทร์ 2552: 21) ได้ให้ความหมายการปรับตัวว่าเป็นกลวิธีด้านจิตใจที่บุคคลใช้เพื่อแก้ไขสภาวะที่คุกคามด้านเสถียรภาพด้านจิตใจ ซึ่งบุคคลจะตอบสนองต่อความเครียดได้มีลักษณะดังนี้

1. การหนีและเลี่ยง (Flight) เป็นกลไกทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในคนส่วนใหญ่ บางคนหนีและเลี่ยงต่อความเครียดโดยการปฏิเสธ บางคนหนีและเลี่ยงโดยใช้เหล้า ยาเสพติด บางคนอาจเลี่ยงโดยการนอนหลับเพื่อจะได้ไม่ต้องรับรู้เหตุการณ์ใดๆ หรือเลี่ยงด้วยการแยกตนเอง ฝืนกลางวัน เป็นต้น

2. ยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียด (Fight) เพื่อหาหนทางแก้ไขสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดภาวะเครียดซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะคือแก้ไขภายนอกตัวเราที่

สร้างความเครียด หรือแก้ไขที่ตัวเองโดยการสร้างตัวเองให้มีความเข้มแข็งและแข็งแกร่งเพื่อจะรับมือกับภาวะเครียดได้มากขึ้น

3. การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด (Consistence) เป็นการปรับเปลี่ยนตนเองโดยใช้กลไกทางจิตต่างๆ เช่น Suppression, Repression, Substitution, Withdrawal หรือใช้กลวิธีอื่นๆ เช่นการทำสมาธิ การวิปัสสนา การแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อประคับประคองจิตใจ อารมณ์ เป็นต้น

Yager M.I. (1989: 53อ้างใน มยุรี ตานินทร์ 2552: 22) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าเป็นการใช้ความพยายามด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไปแหล่งประโยชน์ธรรมชาติของบุคคลซึ่งในการเผชิญความเครียด บุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินในสิ่งที่ทำไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้ บุคคลจะต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนกและวางแผนตัดสินใจได้ จากที่กล่าวมาพอจะสรุปได้ว่า การเผชิญความเครียดหมายถึงกระบวนการแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมต่างๆทั้งด้านความคิด และการกระทำของบุคคลโดยการใช้กระบวนการทางจิตใจ วิธีการต่างๆเพื่อจำกัดหรือควบคุมให้บรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันด้านจิตใจและอารมณ์ ลดความต้องการหรือความขัดแย้งภายในและภายนอก ทำให้จิตใจกลับสู่สภาวะสมดุลตามปกติ

ผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลก (2010) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการท างานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

ในสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี(กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด. 2541.) ได้ให้ความหมายว่า

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่งในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย

ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง

ผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง

ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่างๆทั่วโลก ใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากร

อายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ

สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60+ปี เพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือ ประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากร โดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

การติดตามและประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550 – 2554) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สะท้อนว่าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศยังผ่านในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ประเทศไทยยังต้องเร่งดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุต่อไป เพื่อให้สามารถรองรับอัตราการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมสูงวัย โดยผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน คือการขาดความต่อเนื่องของนโยบายและการทำงานด้านผู้สูงอายุขึ้นกับผู้นำประเทศเป็นสำคัญ การขาดการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและขาดงบประมาณสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุยังขาดความเข้มแข็ง และ อปท. ยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคน ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และระเบียบข้อบังคับในการใช้จ่ายงบประมาณเพื่องานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้งานด้านผู้สูงอายุก้าวหน้าต่อไป

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) เสนอสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555 โดยเนื้อหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พบว่าจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2583 ในปี พ.ศ. 2560 จะเป็นปีที่สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ

ปัญหาสุขภาพประชากรสูงอายุจากข้อมูลพบว่า ในปี พ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 47.4 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 เล็กน้อย โดยปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ มีปัญหาด้านการได้ยิน ประมาณร้อยละ 15 นอกจากนี้ยังพบปัญหาในด้านสุขภาพในการควบคุม การเคลื่อนไหว การพลัดตกหกล้ม การควบคุมระบบการขับถ่าย รวมทั้งข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่เป็นโสดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หมายความว่าประชากรกลุ่มนี้จะไม่มีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรสหรือบุตร ในยามบั้นปลายของชีวิต แนวโน้มการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุตามลำพังเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุไทยประมาณ 1 ใน 3 ของทั้งหมดยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจ แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ บุตร การทำงาน และเบี้ยยังชีพ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นที่สำคัญต่อความมั่นคงและการพัฒนาของประเทศ สำหรับประเด็นที่เร่งด่วนและมีช่องทางเอื้อให้ดำเนินการได้ทันทีในระยะสั้น ได้แก่

1. การนำพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ไปดำเนินการให้เกิดผลโดยเร็วที่สุด แม้ว่าจะมีระบบเบี่ยยังชีพมาเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานแล้ว แต่มิได้หมายความว่าเพียงแค่พอและเป็นหลักประกันที่มั่นคง รวมทั้งระบบที่รัฐให้แก่ฝ่ายเดียนั้น คงยากที่จะรองรับปริมาณประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงินการคลังของประเทศในอนาคต

การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจในวัยสูงอายุนั้น ควรเน้นให้ประชากรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ การออมจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการพยายามผลักดันให้มีกองทุนการออมแห่งชาติขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนออมเมื่อยามสูงอายุโดยรัฐช่วยสมทบ เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัย รัฐควรเร่งดำเนินการเรื่องกองทุนการออมแห่งชาติให้เป็นรูปธรรมโดยเร็วที่สุด พร้อมทั้งเร่งพัฒนาระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจในรูปแบบอื่น ๆ ด้วย

2. การผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานค่อนข้างล่าช้า ไม่ต่อเนื่องกลจักรสำคัญที่จะผลักดันให้งานด้านผู้สูงอายุขับเคลื่อนไปอย่างต่อเนื่องได้รวดเร็วขึ้น คือ การกระตุ้นและส่งเสริมให้ อปท. เข้ามารับผิดชอบต่องานด้านการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพและคุ้มครองผู้สูงอายุในชุมชนของตนอย่างเป็นระบบ หาก อปท. ได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจ จะสามารถเข้าถึงและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย มีงบประมาณ และสามารถเป็นแกนหลักในการดึงพลังสมาชิกในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ร่วมผนึกกำลังกันทำงานได้

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

อริชัย เสนาชัย ได้กล่าวในบทความถึงผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ความชราหรือขบวนการความแก่ (Aging Process) เป็นขบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเริ่มตั้งแต่วัยอยู่ในครรภ์ จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาเหล่านี้ เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทาง เสริมสร้าง ทำให้เจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้ว จะมีผลการสลายของเซลล์มากกว่าสร้าง ทำให้ สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอีกด้วย

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่

1.1 ผิวหนัง จะบาง แห้ง เหี่ยวย่น มักมีอาการคัน ขาดความมันและความยืดหยุ่น มีรอยเหี่ยวช้ำเกิดขึ้นได้ง่าย เนื่องจากเส้นเลือดเปราะ

1.2 ต่อมเหงื่อ ลดน้อยลง การขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของอากาศไม่ดี เกิดความรู้สึกหนาว ร้อนไม่คงที่

1.3 ผมและขนร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว หรือหงอก ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายร่วง หลุดง่าย ที่เห็นชัด คือ ขนรักแร้ ทั้งนี้เนื่องจากต่อมรูขุมขนทำงานน้อย

1.4 ระบบประสาทสัมผัส

ตา สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตายาว เลนส์หรือ กระจกตาขุ่น อาจเกิดต่อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เวียน ศีรษะง่าย

หู ประสาทรับเสียงเสื่อม หูตึง ต้องพูดดังๆ จึงจะได้ยิน

จมูก ประสาทรับกลิ่น บกพร่อง

ลิ้น รู้น้อยลง

1.5 ระบบทางเดินอาหาร พันหักมากขึ้น ทำให้การเคี้ยวอาหาร ไม่ได้ละเอียด ต่อน้ำลาย ขับน้ำลายออกมาน้อย ทำให้มีความชื้นในปาก และเมื่อกลืนไม่พอที่จะช่วยคลุกเคล้าอาหาร รวมทั้ง ประสาทกล้ามเนื้อ ที่ควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง ทำให้กลืนอาหารลำบาก นอกจากนี้ ปริมาณ น้ำย่อย ต่างๆ จะลดลง เช่น ปริมาณกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้ อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ตับและตับอ่อนเสื่อม ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ ท้องผูกง่าย เพราะไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

1.6 ระบบทางเดินหายใจ ปอด เสื่อมลง การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล่องเสียง เสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อม

1.7 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือด แข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ไ้ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น

1.8 ระบบทางเดินปัสสาวะ ไต ทำหน้าที่เสื่อมลง ขับของเสียได้น้อย แต่ขับน้ำ ออกมา มาก ทำให้ปัสสาวะบ่อยส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้น กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อน จึงกลืนปัสสาวะได้ ไม่ดีในผู้ชายบางคนต่อลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก

1.9 ระบบประสาทและสมอง สมองเสื่อม ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อ และข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย

1.10 สอร์โมน เมื่ออายุมากขึ้น สอร์โมนเพศเอสโตรเจน แอนโดรเจนลดลง และการเปลี่ยนแปลงของระบบพาราไธรอยด์ สอร์โมน ทำให้การสร้างเซลล์จากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดกระดูกพรุน (Osteoporosis) เปราะหักง่าย โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง สะโพก กระดูกต้นขาและข้อมือทำให้เกิดอาการปวดหลังและข้อได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กอดค้นทางอารมณ์ และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของกลุ่มสมรส ญาติ

คนใกล้ชิดหรือเพื่อน เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุดังนี้

2.1 อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย

2.2 นิสัย เปลี่ยนไป เจื้อยซาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้าน ไม่นึกสนุกสนาน คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย

2.3 ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตกเศร้าสลด หวาดระแวง คิดถึงอนาคตด้วยความหวาดกลัว ว่าเหว ในรายที่สูญเสียคู่ชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม ที่เคยมี

3.2 การถูกทอดทิ้ง สภาพปัจจุบัน ในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิมส่วน ในสังคมเมือง ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงาน นอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่

3.3 การเสื่อมความเคารพ คนส่วนใหญ่ มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ ความสามารถน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์ เป็นการเสื่อมความเคารพแทน

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ทั้งนี้วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ ในบทความผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้เสนอสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

1.4 ระบบทางเดินอาหาร พันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยลูกอั้นทะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผลและการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่า ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุ มิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

ศรินวล สติจิตวิทยานันท์ (อ้างในเอกสารประกอบการฝึกอบรม โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี พ.ศ. 2552) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ไว้ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดปัญหาต่างๆ ได้มาก ปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1.1 ความเจ็บป่วย คนไทยร้อยละ 66.4 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 14.6 ต้องล้มหมอนนอนเสื่อ ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย การเจ็บป่วยมักเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้าย ขาดคู่ปรึกษา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจและบทบาทของตน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึมเศร้า

1.1.2 การศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาน้อยมักจะขาดความรู้พื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนสูงอายุ

1.1.3 ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากมีรายได้ไม่แน่นอน สุขภาพทรุดโทรม ขาดเพื่อน ไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร

1.1.4 ปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม ถ้าสังคมมีแนวคิดที่ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์สูง ทำประโยชน์ให้สังคม จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพัฒนาตน ร่วมทำประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้ ตรงกันข้ามกับสังคมตะวันตก หรือประเทศอุตสาหกรรม มีการใช้เทคโนโลยีในการผลิตสูงจะมองค่าผู้สูงอายุต่ำ ไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่อง ทำให้เกิดการแยกตัวเอง ไม่สนใจการมีส่วนร่วมการพัฒนาสังคม เกิดความเครียด เบื่อหน่ายชีวิต ขัดแย้งกับลูกหลาน

2. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิด ดังนี้

1.2.1 ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และเกิดการเสื่อม อวัยวะทำงานลดลงและล้มเหลวในที่สุด

1) ความผิดปกติของเซลล์ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีเซลล์ผิดปกติ เสื่อมและตายไป หรือเซลล์ที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากเซลล์เดิม

2) สารอนุมูลอิสระ สารที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย จะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากมลภาวะของสิ่งแวดล้อม เช่น สารอนุมูลอิสระ ทำให้มี ages pigment สะสมในเนื้อเยื่อ จะขัดขวางการรับออกซิเจนและสารอาหารของเซลล์ วิตามินซี อี และซีลีเนียม เป็นสารสำคัญที่ยับยั้งการเกิดอนุมูลอิสระ หรือเรียกว่า สารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งจะยืดเวลาของการเกิดโรคหัวใจและมะเร็ง

3) ความเสื่อมและสึกหรอ ถ้ามีการใช้งานมากยิ่งขึ้นทำให้แก่เร็วขึ้น หรือเมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมเกิดการสึกหรอ กระบวนการเหล่านี้จะมีการเสื่อมและถดถอยสูงค่าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละปัจจัย

4) การเชื่อมโยงไขว้ของคอลลาเจน ทำให้เซลล์เกาะยึดกันแน่น ขาดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ข้อติดแข็ง ฟันหัก กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดมีแคลเซียมมาเกาะจับตัวแน่น ผิวหนังของผู้สูงอายุจะขาดความยืดหยุ่น

การเชื่อมโยงไขว้จะเกิดขึ้นได้เร็วขึ้นถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีการเกิดคอเกาะจากเนื้อเยื่อของไต และหลอดเลือด การเชื่อมโยงไขว้เป็นสาเหตุเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดแข็งตัว ไตวายเรื้อรัง และระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง

1.2.2 บทบาทของการสูงอายุทางสังคม

1) ผู้สูงอายุจะมีการลดบทบาทความสำคัญลง ถอยตัวออกจากสังคม

2) ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตนเอง แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่สำคัญของการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

3) ผู้สูงอายุจะพยายามดำรงหรือดำเนินกิจกรรมที่ชอบ ค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวต่อเนื่องไป

4) เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้น สมรรถนะในตนเองอาจเปลี่ยนแปลงหรือลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคง ตามไม่ทันสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.2.3 หลักจิตวิทยาของผู้สูงอายุ

1) มนุษย์มีความต้องการภายในตามลำดับ ได้แก่ 1) ความต้องการด้านร่างกาย 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) ความต้องการความรักและต้องการการเป็นเจ้าของ 4) การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น 5) การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง

2) เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นจะเปลี่ยนแปลงจากการมองภายนอกเป็นการมองเข้ามาภายในตนเอง หากคำตอบโดยการมองภายในตนเองมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนเองมากกว่าจะมองความสำคัญของร่างกายหรือการเสื่อมของร่างกาย และการยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

1.2.4 ความผิดปกติของผู้สูงอายุที่อาจพบในระบบต่างๆ ของร่างกาย

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จนเกิดอาจความตามระบบที่สำคัญ ดังนี้

1) ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของต่อมไทรอยด์ พาราไทรอยด์จะลดลง ตับอ่อนจะสร้างอินซูลินลดลง ทำให้เป็นเบาหวาน ฮอร์โมนเพศหญิงหรือฮอร์โมนเพศชายจะลดลง ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ตกใจง่ายในเพศหญิง

2) ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบางลง ทำให้ผิวหนังแตกง่าย แห้ง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง ผิวหนังขาดน้ำ ขาดความยืดหยุ่นเกิดแผลกดทับได้ง่าย ต่อมเหงื่อทำงานลดลง การระบายร้อนโดยวิธีระเหยไม่ดี ทำให้เป็นลมแดดได้ง่าย ต้องใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี ผิวหนังคันง่าย ผมห่น การไหลเวียนเลือดสู่ศีรษะน้อยลง ผิวตกราะ เล็บหนา ผิวหนังรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิและการสัมผัสอ่อนลง

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดแดงใหญ่ จะมีความยืดหยุ่นลดลง มีผลให้ความดันซิสโตลิกสูง ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงความดันไดแอสโตลิกเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ลิ้นหัวใจมีไขมัน และแคลเซียมมาจับทำให้ลิ้นหัวใจปิดเปิดได้ไม่ดี กำลังการหดตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง คนสูงอายุหัวใจวายได้ง่าย เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย

4) ระบบประสาท เซลล์สมองและประสาทจะลดลงเรื่อยๆ ตั้งแต่อายุ 25 ปี ขนาดของสมองลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ความจำเสื่อมจำอดีตได้แม่นยำ แต่จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อยความสัมพันธ์ทางความคิดกับร่างกายไม่สัมพันธ์กัน เวลานอนน้อย ตื่นบ่อย นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นเพราะขาดการออกกำลังกาย การคิดวุ่น และเครียด

5) ระบบประสาทสัมผัส ได้แก่

- ตาจะลึก เพราะไขมันใต้ตาจะลดลง หนังตาหย่อน รูม่านตาเล็ก อาจมาจากม่านตาฝ่อลีบลง มักพบตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ การมองมุกกว้าง ได้ลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่างๆ เริ่มแยกได้ช้าลง สายตายาว มองเห็นในเวลากลางคืนไม่ดี ความสามารถในการปรับการมองเห็นจากที่มีดไปที่สว่างช้าลง

- หู จะตึง ไวต่อความถี่ลดลง มีความยากลำบากในการเข้าใจคำพูดหากมีเสียงรบกวนหรือพูดเร็ว

- ต่อมไทรอยด์ จะทำงานลดลง ไทรอยด์น้อย รับรู้รสหวานลดลง จึงมักรับประทานอาหารรสจัดมากขึ้น โดยไม่รู้ตัว

- การรับกลิ่นจากจมูกลดลง เพราะเยื่อโพรงจมูกเกิดการเสื่อม

6) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อลีบเล็กลงและลดความแข็งแรง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อ แคลเซียมออกจากกระดูกมากไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน ทำให้ทรงอกขยายน้อยลง หายใจลำบาก อาศัยกระบ้งลม การควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดลดลง กระดูกสันหลังโก่ง ความสูงลดลง น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวการเดินจะสั้นขณะที่พัก กล้ามเนื้อจะเป็นตะคริว เจ็บปวดควบคุมไม่ได้กระดูกเปราะ

7) ระบบทางเดินหายใจ ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ปอดยืดขยายหดตัวได้น้อย ปริมาตรการค้างของอากาศในปอดมีมาก อุลมจำนวนลดลง อุลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและแตกง่าย ประสิทธิภาพในการไหลลดลงเนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อในการหายใจไม่ดี จะทำให้เกิดอาการปอดบวมได้ง่าย

8) ระบบทางเดินอาหาร การขบเคี้ยวจะลำบากเพราะฟันลดลง เหงือกกรัน ต่อมไทรอยด์เสื่อม น้ำย่อยลดลง 1 ใน 3 อาหารเคลื่อนลงสู่กระเพาะอาหารช้าลง และย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้แสบยอดอก อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานทำให้ไม่หิว ดังนั้นการให้อาหารจึงควรให้น้อยแต่บ่อย และเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย แต่มีกากเพื่อช่วยในการขับถ่าย เพราะลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กหดตัวช้า กล้ามเนื้อบีบแรงบ่งน้อย

9) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไตเล็กลง อัตราการกรองของเสียของไตลดลง ขนาดกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ถ่ายปัสสาวะบ่อยเนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้ภาวะกระบ้งลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เพศชายต่อมลูกหมากจะโต ทำให้ปัสสาวะลำบาก ในเพศหญิงมดลูก ปีกมดลูก รังไข่จะฝ่อ เนื้อเยื่อบริเวณช่องอวัยวะสืบพันธุ์จะหนาแห้ง มีความยืดหยุ่นน้อยลง

1.2.5 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1) ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากหูตึง พูดไม่ชัด และความจำเสื่อม
2) ความจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากการหดตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุม การเคลื่อนไหวลดลง ข้อเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบหายใจลดลง ทำให้เหนื่อยง่าย

3) ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดลดลง

4) ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ช้า

5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป

6) เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการรับรสและการดื่มน้ำลดลง ทำให้เบื่ออาหาร เคี้ยวอาหารลำบาก การย่อยและดูดซึมลดลง กระจายน้ำลดลง เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง การสังเคราะห์โปรตีน เอ็นไซม์ และการสะสมไกลโคเจนลดลง

7) เกิดภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ได้ง่าย

8) ความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่

- ท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

- กลั้นอุจจาระได้ไม่ดี เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของทวาร

หนักลดลง

9) เกิดแผลได้ง่ายและหายช้า เนื่องจากผิวหนังบอบบาง หลอดเลือดเปราะ และแตกง่าย รวมไปถึงการไหลเวียนเลือด ระดับเนื้อเยื่อลดลง

10) กระดูกหักง่ายและหายช้า เนื่องจากแคลเซียมที่สะสมในกระดูกมีน้อย มีการซ่อมแซมเซลล์กระดูกลดลง

11) เกิดการติดเชื้อง่าย เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

12) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- มะเร็งและเนื้องอก เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลง

ไป

- ความดันโลหิตสูง เนื่องจากหลอดเลือดแข็ง ความต้านทานภายในหลอดเลือด

เลือดส่วนปลายสูงขึ้น

- ต้อกระจก เนื่องจากการเสื่อมสภาพของแก้วตา

- เบาหวาน เนื่องจากการทำงานของตับอ่อนลดลง

- ถุงลมโป่งพอง เนื่องจากความยืดหยุ่น และจำนวนถุงลมปอดลดลง

- ปอดบวม เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง

- ข้ออักเสบ เนื่องจากข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง

- โลหิตจาง เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลง

- สมองเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมองและระบบประสาท

13) การตอบสนองต่อยาผิดไปและเกิดผลไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่าย เนื่องจากการดูดซึมยาทางระบบทางเดินอาหารลดลง ดับสังเคราะห์โปรตีนและเอ็นไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงยา ลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง ทำให้ระดับยาคงอยู่ในกระแสเลือดนานและเกิดพิษได้ง่าย ดังนั้นการให้ยาแก่ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้ยาทุกชนิด

1.4.14 เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากอวัยวะรับความรู้สึกสัมผัสลดลง หูตึง การรับกลิ่นลดลง ตามัว การทรงตัวดี และกล้ามเนื้ออ่อนแรง

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ

ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากกฎเกณฑ์ทางสังคมหรือสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ทำให้ห่างจากสังคม คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานลดลง แต่บางคนยังมีความสามารถดี ทั้งนี้เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายและการปรับตัวที่ดี

4. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

จิตใจของผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดิ่งมามากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีขึ้น มีความสุขุมเยือกเย็นเพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่พบในผู้สูงอายุ คือ

4.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง รับรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก

4.2. การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้สูงอายุมักท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าการให้สังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลง ทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง กระทั่งกระเทือนใจง่าย หงุดหงิด

4.3. การยอมรับภาวะผู้สูงอายุ การยอมรับว่าการมีอายุมากขึ้น คือ การเข้าใกล้ความตาย ความสิ้นสุด ทำให้บางคนมุ่งสร้างความคิด บางคนชอบอยู่คนเดียว ทำให้รู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตที่ตนเองชอบก่อนตาย

4.4. ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ตนเองสนใจ ความสนใจส่วนใหญ่มุ่งที่ตนเอง สนใจเฉพาะสิ่งที่ตนเองคุ้นเคย ไม่ชอบงานแปลกๆ ใหม่ๆ ความมุ่งหวังในชีวิตลดลง

นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียและความเศร้าโศก และการถอยหนีจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความหวาดหวั่นโดดเดี่ยว และแยกตัวออกจากสังคม

ผู้สูงอายุกับโรคทางจิตเวช

จากการรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2552 พบว่าในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547- พ.ศ. 2551) มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปมาเข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 141,566 รายต่อปี และรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 2,663 รายต่อปี โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรก ได้แก่ (ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2552)

- 1) โรควิตกกังวลและความเครียด คิดเป็นร้อยละ 26.42
- 2) โรคจิต เช่น โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 25.73
- 3) โรคที่มีสาเหตุจากทางสมองและทางกาย เช่น โรคสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 18.47
- 4) โรคทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 18.24
- 5) โรคที่มีสาเหตุจากสารเสพติด เช่น จากสุรา คิดเป็นร้อยละ 3.45

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ เหล่านี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม รวมทั้งเป็นปัญหาระดับประเทศชาติในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชดังกล่าวด้วย สังคมส่วนใหญ่ยังมิได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มักจะมองข้ามไปด้วยเข้าใจว่าเป็นเรื่องปกติที่พบได้ในผู้สูงอายุโดยทั่วไป หรือเข้าใจว่าเป็นอาการแสดงของโรคทางกายที่เป็นอยู่

จากการรวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อ้างอิงใน มัลลิกา โมกษะสมิต 2555:17) พบว่ามีผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไว้ดังนี้ มัลลิกา อุดตมางกุล ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และนอกสถานสงเคราะห์บ้านทักษิณ ผู้สูงอายุในชมรมหกสิบ ไทยเก็ก โยคะ และผู้สูงอายุทั่วไปในจังหวัดยะลา พบว่าภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ยกเว้นเรื่องฟัน สายตา ความดันโลหิต และภาวะโภชนาการ และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ยกเว้นเรื่องอารมณ์โกรธหงุดหงิด ความผิดปกติในการนอน และอาการตรวจสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำๆ เช่นเดียวกับ ภูมรินทร์ เกลิมยุทธ ศึกษาการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 900 คน พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 36.6 มีภาวะตั้งเครียดปานกลาง และภาวะตั้งเครียดรุนแรง ร้อยละ 36.2 และ 27.2 ตามลำดับ และพบว่าความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การพบปะกับบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 สอดคล้องกับ จิตรกัญญาณ์ บุญมา ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 200 คน พบว่าอาการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอยู่ในสภาพจิตปกติทั้ง 9 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการความผิดปกติทางร่างกาย กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ กลุ่มอาการความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลุ่มอาการกลัวโดยปราศจากเหตุผล กลุ่มอาการหวาดระแวง และกลุ่มอาการทางจิต แต่ ชลธิดา วังวิเวก ศึกษาความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 202 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี และมีระดับปานกลางและระดับดีเป็นจำนวนเท่าๆกัน สรุปว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี แต่ก็มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับภาวะทางอารมณ์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้มีการเก็บสถิติการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้สูงอายุของแผนกจิตเวช ระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้น

ทุกปีโดยได้เพิ่ม จากสัดส่วนร้อยละ 9.05 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 9.55 ในปี พ.ศ. 2540 และร้อยละ 9.96 ในปี พ.ศ. 2541 ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชสูง พบว่าร้อยละ 15 ถึง 25 ของผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีปัญหาหรือการป่วยทางจิตเวช ภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ภาวะวิตกกังวล ส่วนใหญ่ของอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุจะเป็น Generalized anxiety มากกว่าที่จะเป็นอาการวิตกกังวลเฉพาะโรคเช่น panic หรือ phobic disorder¹¹ ในผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวล แพทย์ควรหาสาเหตุทางร่างกาย เพราะอาการวิตกกังวลมักไม่พบเป็นอาการเริ่มแรกในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป เว้นแต่รายที่เคยมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจ (traumatic events) มาก่อน

2. อาการผิดปกติด้านการนอนหลับ (Sleep disorder) พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีปัญหาการนอนไม่หลับ (insomnia) 12 อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นมักเป็นร่วมกับโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคความจำเสื่อม (dementia) หรือมีสาเหตุจากโรคทางร่างกาย รวมทั้งผลข้างเคียงของยาที่ใช้ ผู้สูงอายุจำนวนมากมักใช้สุราและยานอนหลับในการช่วยให้หลับ แต่สุราทำให้คุณภาพการนอนเสียไป หลับไม่สนิท ตื่น บ่อย ตื่นเช้าไป (early morning awakening) อีกทั้งยังกระตุ้น และเสริมอาการของโรค sleep apnea

3. อาการซึมเศร้า (Depression) ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุ ในสังคมพบว่า มีอาการซึมเศร้า อุบัติการณ์ของโรค major depression ในผู้สูงอายุพบประมาณร้อยละ 315 โรค major depression ในผู้สูงอายุจะตอบสนองต่อการรักษาดี และมีโอกาสเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้มีอายุน้อย¹⁶และอาจเป็น สาเหตุให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ผู้ที่มีอายุ 80 ถึง 84 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็น 2 เท่าของประชากรทั่วไป

4. กลุ่มโรคความจำเสื่อม (Dementing disorders) เป็นสาเหตุของทุพพลภาพที่พบบ่อยเป็นอันดับสอง รองจากกลุ่มโรคข้ออักเสบ (arthritis) ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐ^๗ ร้อยละ 5 ของประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี มีอาการความจำเสื่อมที่รุนแรง และ อีกร้อยละ 15 มีอาการความจำเสื่อมที่ไม่รุนแรง¹ โรคความจำเสื่อมชนิด Alzheimer's disease ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มโรคความจำเสื่อม พบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรที่มีอายุ 65 ถึง 75 ปี และร้อยละ 10 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี¹⁷ อาการสำคัญของกลุ่มโรคความจำเสื่อม ได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ, การเรียนรู้ (cognition), ภาษา, visuospatial function และพฤติกรรม เช่น กระวนกระวาย (agitation), อยู่นิ่ง (restlessness), ก้าวร้าวรุนแรง (rage), ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (impulsiveness), มีปัญหาการนอน (sleep disturbance), ประมาณ ร้อยละ 75 จะมี อาการหลงผิด และ ประสาทหลอนร่วมด้วย¹ ซึ่งการรักษาอาการโรคจิตและลดอาการผิดปกติทางพฤติกรรม ทำให้เป็นสาเหตุของการใช้ยาในกลุ่มต้านอาการโรคจิตในผู้สูงอายุมากกว่าผู้มีอายุน้อย

5. อาการของโรคจิต (Psychotic symptoms) ในผู้สูงอายุอาจเกิดจากความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุจากทางกาย (organic mental disorders) เช่นในกลุ่มโรคความจำเสื่อม หรืออาจเกิดจาก โรคทางจิตเวชโดยตรง เช่น โรคจิตเภท โรค bipolar disorder โรคหลงผิด (delusional disorder) เป็นต้น โรคจิตเภท และโรค bipolar disorder มักมีอาการครั้งแรกในวัยหนุ่มสาว และพบน้อยที่จะเกิดครั้งแรกในผู้สูงอายุ อัตราการ

เกิดโรคจิตในผู้สูงอายุจะแตกต่างกันมากในหลายการศึกษา ทั้งนี้ขึ้นกับโรคที่ศึกษา กลุ่มประชากรและวิธีการศึกษา 19 การศึกษาเกี่ยวกับอาการหวาดระแวงคนจะทำร้าย (persecutory ideation) พบประมาณร้อยละ 4 ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ 20 และพบว่าประมาณว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุในสถานดูแลรักษาได้รับยาต้านอาการโรคจิต

ผลของการใช้ยารักษาโรคจิตเวชในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในสังคมและผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีแนวโน้มจะมีจำนวนมากขึ้นในสหัสวรรษหน้า กลุ่มยาจิตเวชถูกใช้บ่อยเป็น อันดับต้นๆ ในผู้สูงอายุเพื่อรักษาโรคจิตเวชและอาการทางจิตเวชที่ อาจเกิดร่วมกับโรคอื่น หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุมีโอกาสที่ต้องใช้ยาหลายขนานร่วมกันสูง การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในกระบวนการสูง อายุตามธรรมชาติ (Aging process) มีผลด้านเภสัชจลนศาสตร์ต่อยาทางจิตเวช ทั้งกระบวนการดูดซึม การกระจายตัว การ metabolism ยา และการกำจัดยาออกจากร่างกาย อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบสารนำสื่อประสาทในสมองของผู้สูงอายุ มีผลต่อเภสัชพลวัตของยาจิตเวช กลุ่มยาจิตเวชที่มีการใช้ในผู้สูงอายุแม้จะมีผลทางการรักษาอาการจิตเวชได้ดี แต่ควร ระวังผลข้างเคียงของยา โดยเฉพาะที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มยา Benzodiazepines เกิดผลข้างเคียง ด้านความจำ rebound insomnia สูญเสียการทรงตัว และเสี่ยงต่อการหกล้ม ยาในกลุ่ม TCAs อาจเกิดอาการข้างเคียงด้าน ง่วงซึม postural hypotension ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้เช่นเดียวกับ ยาในกลุ่ม Benzodiazepines อีกทั้งผู้สูงอายุมีความไวที่จะเกิดผลข้างเคียงด้าน anticholinergics สูง และเสี่ยงที่จะเกิดอาการ anticholinergic delirium ยาในกลุ่ม SSRIs ที่มีการใช้แทนยา กลุ่ม TCAs มากขึ้น เนื่องจากมีผลข้างเคียงด้าน anticholinergics และ postural hypotension น้อย แต่ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ตับหลายชนิด ซึ่งเป็นผลให้ ต้องระวังปฏิกิริยาระหว่างยา SSRIs กับยาอื่น กลุ่มยาต้านอาการ โรคจิตดั้งเดิม (typical antipsychotics) จะเกิดอาการ ข้างเคียงด้าน EPSs anticholinergics และ postural hypo-tension ได้บ่อย ซึ่งยาต้านอาการ โรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) พบอาการข้างเคียงเหล่านี้น้อยกว่า แต่ยาในกลุ่มนี้แต่ละตัวซึ่งมี โครงสร้างและผลต่อระบบสารนำสื่อประสาท ที่หลากหลายต่างกัน ทำให้มีผลข้างเคียงที่ต่างจากยาต้าน โรคจิตดั้งเดิมจึงควรมีการติดตามการศึกษาเพิ่มเติมสำหรับการใช้ยาเหล่านี้ในผู้สูงอายุต่อ หลักการทั่วไปสำหรับการ สั่งใช้ยาจิตเวชในผู้สูงอายุคือ เริ่มใช้ยาในขนาดต่ำและปรับขนาดยาช้ากว่าที่ใช้ในผู้ป่วยอายุน้อย อีกทั้งต้องระวังการใช้ยาหลายขนานพร้อมกันเท่าที่เป็นไปได้ (การใช้ยาทางจิตเวชในผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2552)

ผู้ดูแล

ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล

โฮเรียม (Orem, 1991 อ้างใน เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ 2542:39) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล ว่าเป็น ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยมีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ให้การพึ่งพาหรือผู้ดูแลอาจ

ได้แก่ ภรรยาของสามีผู้พิการ มารดาของเด็กทารก และเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลแล้วผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ ผู้ที่ถูกฝึกมาเพื่อประกอบอาชีพให้การดูแลและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งลักษณะการดูแลของบุคคลทั้งสามกลุ่มนี้ มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านบทบาท หน้าที่ ทักษะ และความสามารถในการดูแล ตลอดจนความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

Hileman, Lacky & Hassanein. (1992: 771-777, อ้างใน เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ 2550: 37) กล่าวว่า ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความเห็นว่าเป็นบุคคลสำคัญ ช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและสนับสนุนทางจิตใจ รวมทั้งเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยด้วยกัน โดยบุคคลดังกล่าวให้การดูแลโดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ

วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิ (2539: 86 อ้างใน เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ 2542:39) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นคู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนั้นแตกต่างจากลักษณะสัมพันธ์ภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความต้องการของผู้เจ็บป่วยหรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ (2550 : 37) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือทางเครือญาติ ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ และได้ให้การช่วยในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุรวมทั้งให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นประจำหรือมากที่สุด

สุพรรณษา วังศิริ (2552: 13) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือทางเครือญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันของผู้สูงอายุ และได้ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นประจำหรือมากที่สุด

นงคาร รวงแดง (2550 : 14) กล่าวว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีความพร่องทางด้านจิตใจ ร่างกายหรืออารมณ์ที่มีผลทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านพื้นฐานของตนเองได้และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้นำเสนอญาติผู้ดูแลที่บ้านที่มีความสำคัญและเป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ทีมสุขภาพให้ความสนใจ ซึ่งญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้นต้องตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากภาวะบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านลบและด้านบวก ได้แก่ ความเครียด และการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนั้นมีผลต่อเนื่องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยให้ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family Caregiver หรือ Informal Caregiver)

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2551) ได้แบ่งผู้ดูแลออกเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) และ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ในด้านผู้ดูแลที่เป็นทางการเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือ กลุ่ม องค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนในด้านผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อ ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักสูงอายุด้วยกันทั้งคู่

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้คือ

1. แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุดในประเทศไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางการเงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง เป็นต้น

2) ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่น ๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้ อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือบุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้น ผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือมีปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดจากการดูแลแตกต่างกัน

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วย กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ขนิษฐา นันทบุตร (2551) ได้สังเคราะห์กรณีศึกษาจากผู้ดูแล 5 ภาคทั่วประเทศในสถานการณ์การทำงานของผู้ดูแลเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานของผู้ดูแลในประเด็นสำคัญต่อไปนี้คือ

1) ลักษณะของผู้ต้องการความช่วยเหลือ แบ่งตามความสามารถในการช่วยเหลือ คือ ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้บ้าง และ ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ โดยนอนติดกับเตียงเป็นส่วนใหญ่ แบ่งตามความเจ็บป่วยคือ ผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ที่มีอาการในระยะฉุกเฉินหรือวิกฤติ และ ผู้ป่วยในระยะเรื้อรังควบคุมได้ และตามบริบทสถานที่ในการให้การดูแล เช่น ผู้ที่อยู่ที่บ้าน อยู่ที่สถานสงเคราะห์ ได้แก่ บ้านพักคนชรา สถานสงเคราะห์คนชรา

2) ลักษณะกิจกรรมการช่วยเหลือ ได้แก่ กิจกรรมการช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งอาจมีความซับซ้อนของการทำงานน้อยที่สุด เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลช่วยจัดอาหารและน้ำ การจัดยา ดูแลการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพูดคุยให้กำลังใจการพุงและช่วยจับเวลานั่ง ยืน เดิน เป็นต้นกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลขั้นสูง ที่ต้องได้รับยาตามเวลา เฝ้าระวังอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย การเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง แลการให้คำปรึกษาครอบครัว และการช่วยเหลือดูแลพิเศษหรือเฉพาะ เช่น การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การฉีดยาอินซูลิน การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องและพาไปตรวจ/ฟอกไตตามนัดที่โรงพยาบาล การหยอดตา การฝึกพูด การฝึกกลืน การฝึกเดิน การฝึกหายใจ เป็นต้น

3) คุณสมบัติของผู้ดูแล แบ่งประเภทผู้ดูแล ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวและเครือญาติ ผู้ช่วยดูแลดูแลในชุมชนหรืออาสาสมัครชุมชน และผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลอาชีพ ทั้ง 3 ประเภทเกิดขึ้นในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจในประเทศไทยแบ่งได้เป็น 5 องค์ประกอบคือ การฝึกอบรม การดูแล ประสบการณ์การทำงาน ทักษะการดูแล ความผูกพันกับระบบการดูแล ระบบการทำงาน

4) ระบบการเตรียมผู้ดูแลทั้งการจัดการศึกษาและการฝึกอบรมจากประสบการณ์ แบ่งเป็นการอบรมและเรียนรู้เพื่อเตรียมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล และการบ่มเพาะประสบการณ์และพัฒนาทักษะเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะและความสามารถในการดูแล หรือ ที่เรียกว่า เพิ่มขึ้นความสามารถจากทักษะขั้นพื้นฐาน ขั้นสูง และขั้นพิเศษ

5) ระบบการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลและการรับรองคุณภาพการบริการของผู้ดูแล ได้ตั้งแต่ที่บ้านของผู้ต้องการความช่วยเหลือ/ดูแล ที่ศูนย์ หรือ หน่วยบริการช่วยเหลือ/ดูแล และ ที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ การฝึกฝนทักษะจากประสบการณ์การทำงานจริงถือเป็นปัจจัยสำคัญ โดยการฝึกทักษะด้วยตนเองอาจมีข้อจำกัดมากกว่าการฝึกทักษะและวิธีการทำงานร่วมกับผู้มีประสบการณ์สูงกว่า การมีกลุ่มผู้ช่วยเหลือ/ดูแลเพื่อช่วยเหลือกัน ร่วมทีมกันรับงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ก็มีสวนเพิ่มพูนทักษะได้ ในด้านการรับรองคุณภาพเท่าที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลแสดงชัดเจน

6) ปัจจัย/เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของผู้ดูแลและการจัดการการดูแล รวมถึงการทำงานของ ผู้ดูแล ตามบริบทการดูแลที่ต่างกัน การเตรียมตัวเป็นผู้ช่วยเหลือ/ดูแล การรับงานดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ หลายลักษณะและปัญหาที่ต้องช่วยเหลือแก้ไข การบ่มเพาะประสบการณ์จากการช่วยเหลือ/ดูแลที่อาศัย ทักษะหลายระดับ การได้รับการสอน ฝึกฝน และ ชี้แนะการแก้ปัญหารายวันของผู้ช่วยเหลือ/ดูแลจากผู้รู้ใน ระหว่างการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องบริบทการทำงานมีความปลอดภัย

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

ศรินวล สถิตวิทยานันท์ ได้กล่าวว่าในบทความโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ดำเนินการในปี พ.ศ. 2552 เกี่ยวกับ บทบาทของผู้ดูแลในการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมให้ผู้สูงอายุ ไว้ว่า

ผู้ให้การดูแลต้องคำนึงถึง ความเสื่อมถอยด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้สูงอายุ ทำความเข้าใจ ผู้สูงอายุและมองผู้สูงอายุอย่างเข้าใจว่า ทำไมผู้สูงอายุจึงพูด-ทำซ้ำ ๆ เชื่องช้า เล่าแต่เรื่องเก่า ๆ ย้ำคิดย้ำทำ ผู้ดูแลต้องให้ความสนใจก่อนปรน เมตตา เอาใจใส่ด้วยความสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน ของตนเองอย่างมีความสุขได้นานที่สุด โดยให้การดูแลช่วยเหลือ ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตสังคม หากิจกรรมงานอดิเรก ให้ทำในเวลาว่าง เข้าร่วมโครงการของชุมชน เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมอาจให้ทำในสิ่งที่เคย อยากรู้ เช่น ท่องเที่ยว ปลูกต้นไม้ กลับเข้าเรียนใหม่ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต

2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูทางด้านจิตสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมจะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ทำหน้าที่อย่างเต็มที่ โดยจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพและความสนใจ ของแต่ละคน เช่น เลี้ยงสัตว์ ทำงานปั้น วาดรูป เต้นรำ ฟังเพลง แคะสลัก เป็นต้น

3. การให้การดูแลและช่วยเหลือ ต้องตระหนักถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน ดูแลระดับประคองความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือตามความ เหมาะสมด้วยความเมตตา อุดหนุน ให้อภัย เสียสละ และตั้งใจทำอย่างเต็มความสามารถ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ (อังกิน เนติยาณ์ร แจ่มทิม 2553)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) การรับรู้ความสามารถของ ตนเองซึ่งอธิบายโดยแบนดูรา (Bandura,1977 : 46) ว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับใด โดยการตระหนักนี้ไม่ใช่ด้วยทักษะที่บุคคลนั้นมีอยู่ แต่เป็นการรับรู้ด้วยการ ตัดสินใจว่า บุคคลนั้นสามารถที่จะทำสิ่งใดก็ได้ที่บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะทำได้ การตัดสินใจในด้าน ความสามารถของบุคคลนั้น แสดงให้เห็นจากความคาดหวังถึงผลลัพธ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็น การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จในขณะที่ความคาดหวัง

ในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจจากสิ่งที่มีสัมพันธ์กันเช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย และพฤติกรรมเป็นผลลัพธ์ที่ได้ การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลที่จะทำให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมายและไม่มีทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นได้รับอิทธิพลจากอารมณ์ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการกระทำ หากมีอารมณ์ความรู้สึกด้านบวกมากขึ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองก็ยิ่งมากขึ้นด้วย ในทางกลับกันการรับรู้ความสามารถของตนเองได้รับอิทธิพลจากอุปสรรคของการกระทำ หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก ในขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ ทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองนับเป็นแรงจูงใจโดยตรงในการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและพันธะสัญญาหรือความตั้งใจที่จะกระทำ ความเชื่อมั่นว่าตนมีสมรรถนะเป็นตัวชี้ให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จมากขึ้น และถ้าได้รับผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการหรือคาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและเกิดความกลัวน้อยลง เมื่อพบกับเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลเคยล้มเลิกพฤติกรรมด้วยสาเหตุใดก็ตามจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองต่ำลง และเกิดความกลัวต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ (Bandura, 1997 : 102) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวส่งเสริมให้มีการปรับแก้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Taylor, 1986 : 96) บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการและเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ (Fleury, 1992:235) ปัจจัยหนึ่งที่มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย คือการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้นด้วยเช่นกัน (ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์, 2538 : 45)

1.2 ฐานะเศรษฐกิจรายได้ ญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านการเงิน มีโอกาสเกิดความเครียดสูง ซึ่งความเครียดเหล่านี้หากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการควบคุมได้บ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกถูกคุกคาม และอาจปรับตัวด้วยการถอยหนี ท้อแท้ หรือซึมเศร้า ไม่พอใจ ฯลฯ อันส่งผลต่อคุณภาพการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรง (Davis, 1992 : 3-4) และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536 : 85) ได้ทำการวิจัยในภรรยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 104 ราย เกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่าฐานะเศรษฐกิจทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อกระบวนการคิดรู้ด้านการประเมินสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลว่า มีผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคตของตนเอง จากการศึกษาของวิลโล สุรสาคร (2549 : 73) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน และประกอบอาชีพได้แก่ ค้าขาย รับจ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณทนา สุภสิมานนท์ (2539 : 74) เรื่องความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เหตุการณ์ที่ครอบครัวประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียดคือ การที่ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วย และเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นสิ่งทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะการมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจะมีผลกระทบต่อทั้งบุคคลและครอบครัว (สุพัตรา สุภาพ, 2541 : 42)

1.3 ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ปัญหาสุขภาพจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองมีปัจจัยเพื่อใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ ความเครียดใหม่ที่เข้ามากระทบน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Taylor, 1986 : 96) ญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพมีโอกาสเกิดความเครียดสูง ซึ่งความเครียดเหล่านี้หากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการควบคุมได้บ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเกิดความรู้สึก และอาจปรับตัวด้วยการถอยหนี ท้อแท้ หรือซึมเศร้า ไม่พอใจ ฯลฯ อันส่งผลต่อคุณภาพการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรง (Davis, 1992 : 3-4) บุคคลที่มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์ และมีสุขภาพดีจะเป็นตัวส่งเสริมให้ทำการแก้ปัญหาและมีความทนทานต่อสภาวะความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ร่างกายไม่แข็งแรง เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย (ซอลัดดา พันธุ์เสนา, 2536 : 98) บุคคลที่มีสุขภาพดี มองโลกในแง่ดี จะสามารถเผชิญความเครียดได้ดี

1.4 สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ เพราะครอบครัวเป็นหน่วยที่ให้การอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็ก ซึ่งส่งผลต่อบุคลิกภาพการแสดงออกของแต่ละบุคคล บล็อกและคณะ (Block, et al., 1995: 28) ได้ศึกษามาตรฐานการประเมินของพยาบาลที่เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่มีบุตรเป็นอัมพาตเนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ พบว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ครอบครัว คือการมีเวลาให้กันและกันในครอบครัวน้อย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 92) ครอบครัวที่มีความผูกพันใกล้ชิด และให้คำปรึกษาหารือได้จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดี

2. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่

2.1 อาการและความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ย่างยากซับซ้อนมากกว่าการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมีผลทางอ้อมต่อกระบวนการคิดรู้ด้านการประเมินสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลว่า มีผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคตของตนเอง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536 : 85) สอดคล้องกับสายพิน ลิขิตเสถียร (2542 : 76) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในการคิดรู้มาก ระดับการพึ่งพาจะมาก ภรรยาผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียดมาก และจากการศึกษาวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2538 : 65) ได้ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา กล่าวว่า ปัจจัยที่เพิ่มขึ้นด้านภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการพึ่งพา มีอิทธิพลทำให้ความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของแคลสและลีนา (Claes & Lena, 1999 : 109-115) ได้ศึกษาปัจจัยของความเครียดที่มีผลกระทบกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุของชาวสวีเดน พบว่า สาเหตุของความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน นั้นมาจากผลกระทบจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เฉลี่ยถึงร้อยละ 92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการอยู่ร่วมกันของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียด ระดับความเครียดจะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ หรือแสดงพฤติกรรมต่อต้านของผู้สูงอายุ จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุแย่

ลง โปรแกรมสนับสนุนความเครียดนั้นควรมุ่งเน้นให้มีการสร้างความผ่อนคลายความเครียด โดยวิธีการต่างๆอย่างต่อเนื่องสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการลดระดับความเครียดลง

2.2 ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยที่ยาวนานก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงขึ้นและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระการดูแลด้วยระยะเวลานานส่งผลให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและเศร้าด้วย (Huabes & Caliendo, 1996 : 347-358) โครงสร้างภายในครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีบทบาทหน้าที่มีสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน มีบรรยากาศภายในครอบครัวที่ส่งผลมาจากการใช้อำนาจในการตัดสินใจของสมาชิก ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ในครอบครัวเดียวที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 2 - 3 คน หากสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัวต้องการการพึ่งพายเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลทั้งหมดตามลำพังคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น ซึ่งทำนายได้ว่าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดสูง ต่างจากในครอบครัวขยายซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวหลายคน ที่สามารถแบ่งเบาภาระการดูแลซึ่งกันและกัน โดยอาจแบ่งหน้าที่การจัดการการดูแลด้านต่างๆ เป็นผลให้ผู้ดูแลได้มีเวลาส่วนตัวและมีโอกาสห่างจากสถานการณ์การดูแลได้นานๆ ระยะเวลาที่ให้การดูแลอยู่ในช่วง 2 -148 เดือน(สมฤดี สิทธิมงคล, 2543 : 53) และระยะเวลาเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วย 16.57 ชั่วโมง/วัน (วิไลสุรสาคร, 2549 :69) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอร์จเลอร์และคณะ(Gaugler, et . al.,2004 : 65-75) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเครียด และความมีสุขภาพดีของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ของกลุ่มญาติผู้ดูแลสูงอายุในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 185 คน พบว่า ระยะเวลาในการให้ความช่วยเหลือและดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุทุก ๆ วัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดทางด้านอารมณ์และความเป็นสุขทางจิตใจของกลุ่มญาติผู้ดูแลสูงอายุ

2.3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การดูแลบุคคลเหล่านั้นจึงมีผลกระทบ โดยตรงต่อผู้ดูแล (Hoyert & Seltzer, 1992 อ้างใน วิจารณ์ชน ชะอุ่ม, 2538: 80) จะเกิดความรู้สึกเกิดคำถาม และอาจปรับตัวด้วยการถอยหนี ท้อแท้ หรือซึมเศร้า ไม่พอใจ ฯลฯ อันส่งผลต่อความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุของญาติผู้สูงอายุได้จากภายใน เกิดขึ้นพร้อมกันไปกับการพัฒนาของชีวิต ก่อให้เกิดปัญหาที่ทำให้จิตใจเป็นอิสระ และกล่าวด้วยว่าพุทธศาสนามีได้ปฏิเสธความสุข แต่สอนให้รู้จักปฏิบัติอย่างถูกต้องเท่านั้น “ความสุข” ในมุมมองนี้เป็นการมององค์รวม

ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ

การวิจัยที่ผ่านมาได้มีการให้ความเห็นเกี่ยวกับครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุไว้หลายบทความได้แก่

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างสมาชิกครอบครัว (บุตร) กับผู้สูงอายุ และบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา ที่มีบทบาทด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุตร บุตรบุญธรรม บุตรเขย หรือบุตรสะใภ้ เลือกรวมครอบครัวละ 1 คน อยู่ในเขตเทศบาล 198 คน ในเขตเทศบาล 198 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ผลการศึกษา

1) ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือเอาใจใส่เกื้อกูลกัน ส่วนใหญ่สามัคคี รักใคร่ปรองดองกัน มีความขัดแย้งกับบ้างนาน ๆ ครั้ง ส่วนใหญ่บุตรยังคงให้ความสำคัญ ขอมรับและขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุ 2) ในด้านบทบาทของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจและสังคมได้มาก ในเขตเทศบาลจะให้การดูแลในด้านนี้น้อยกว่านอกเขตเทศบาล และด้านเศรษฐกิจทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจะให้การดูแลน้อย

สุจิตรา นิลเลิศ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุและบุตร ระดับคุณภาพของการได้รับการอุปถัมภ์ ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน 404 คน ใน 16 หมู่บ้าน 16 ตำบลของทุกอำเภอ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบวัด และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในเกณฑ์ระดับสูงและระดับต่ำประเภทละ 5 คนตามแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กันกับการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร ฐานะทางเศรษฐกิจของบุตรมีความสัมพันธ์กันกับการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร ระดับของคุณภาพชีวิตมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.1) ได้แก่ การให้ความเคารพยกย่อง การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน รายได้ การยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การยอมรับและให้อภัยเมื่อผู้สูงอายุทำผิดพลาด การให้เวลาและเอาใจใส่พูดคุยด้วย

ชลลดา ภัคดีประพฤษ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวข้างต้น ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยสำรวจผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 168 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม 3 ขั้นตอน และการศึกษาเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุจำนวน 9 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ส่วนด้านร่างกายและความสำเร็จสมหวังในชีวิตอยู่ในระดับมาก ด้านความรักอยู่ในระดับมากและน้อยใกล้เคียงกัน ความมั่นคงปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ความยอมรับนับถืออยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานคือ รายได้ บุตรความพอเพียง ภาวะสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว และสัมพันธภาพของครอบครัว ในด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ มีปัจจัยคือ การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ อุปนิสัยของผู้สูงอายุ และรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรของผู้สูงอายุ

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณศิริบุญ (2541) ได้ศึกษาครอบครัวและผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างประเทศต่าง ๆ 7 ประเทศในโครงการวิจัยเรื่อง The Implications of Asia's Population Future for the Family and the Elderly โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 408 รายและผู้ดูแลจำนวน 82 ราย ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญคือ องค์กรประกอบของครัวเรือนอยู่ใน ครัวเรือนขยาย สถานภาพสมรสในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีสัดส่วนคู่สมรสเป็นหม้ายสูงสุด ส่วนใน กรุงเทพมหานครมีคู่สมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา บทบาทและสถานภาพในครัวเรือนผู้ชายจะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายและดูแลทรัพย์สินและมีสัดส่วนในการตัดสินใจมากกว่า ส่วนผู้หญิงทำกับข้าว ทำความสะอาดบ้าน อาชีพโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน หรือมีความต้องการการทำงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง และผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีรายได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อย และมีปัญหาการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ภาวะสุขภาพคู่สมรมชายมีสุขภาพก่อนข้างแย้งกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุพอใจการความเป็นส่วนตัวในที่พักอาศัยมากที่สุด และรูปแบบการอยู่อาศัยที่ดีที่สุดคือการอยู่กับบุตร สำหรับในชนบทมีการติดต่อกับญาติทุกประเภทบ่อยครั้งกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยการเยี่ยมเยียน ขณะที่ในเมืองใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ ในด้านทัศนคติของผู้สูงอายุสะท้อนว่าสถานะของผู้สูงอายุด้อยลง ในด้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชนบทมักจะเป็นหลาน และมีระยะเวลาในการดูแลนานกว่าในเมือง และบทบาทของผู้ดูแลคือช่วยในการเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน พาไปพบแพทย์ ปัญหาความต้องการของผู้ดูแลคือด้านการเงิน และหากผู้ดูแลดูแลร่วมกับบุคคลอื่นจะประสบปัญหาด้านอารมณ์จิตใจในระดับสูงกว่าผู้ดูแลตามลำพัง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร เล็ก สมบัติ และ ระพีพรรณ คำหอม (2541) ได้ศึกษาภาวะการดูแลและสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ศักยภาพของครอบครัวต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ และปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ศักยภาพของครอบครัวเข้มแข็ง ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถาม จำนวน 700 รายในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและกลุ่มอาชีพต่างๆ ผลการศึกษารูปได้ว่า ประชากรส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสแล้ว อายุระหว่าง 31-40 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รายได้ อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล 1 คน และเป็นผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี บทบาทของครอบครัวคือตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ปัจจัยดี และตอบสนองหน้าที่ด้าน เศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ปัญหาที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับน้อยมาก ปัจจัยสำคัญที่เป็น พื้นฐานที่ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ 2 ประการคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยทาง สังคมวัฒนธรรม และครอบครัวยังมีความต้องการบริการทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ และด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พัชรินทร์ คำอินทร์ (2548) ได้ศึกษาความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จาก มุมมองของผู้สูงอายุ และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พิ่งพาที่บ้าน ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบวิธี Husserl จำนวน 12 ราย เก็บ

รวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซ์ ผลการศึกษา สรุปได้ว่า ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้าน 4 ประเด็นคือ การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจของผู้สูงอายุ การปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจ การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดที่ดี และการปฏิบัติดูแลด้วยความเคารพและผูกพัน ในด้านผู้ดูแลในครอบครัว สรุปได้ 4 ประเด็นคือ อารมณ์ในสภาพการพึ่งพา การรับรู้ว่าจะต้องพึ่งพาการดูแล การปรับตัว และการรับรู้คุณค่าการดูแล

นาริรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรม แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้สูงอายุครอบครัว และแบบสอบถามความพึงพอใจ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับดีและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ การปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะด้านจิตสังคมแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

พูนสุข เวชวิฐาน (2551) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย มุมมองจากผู้สูงอายุและลูกวัยผู้ใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย ประยุกต์แนวคิดการต่างตอบแทนจากทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 50 ครอบครัว ทั้งผู้สูงอายุและบุตรวัยผู้ใหญ่ กลุ่มละ 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการจดบันทึกและถอดเทป และนำมาวิเคราะห์หาประเด็นที่สะท้อนถึงการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญได้แก่ 1) ผู้สูงอายุสะท้อนบทบาทของตนเองในการช่วยเหลืองานบ้าน 2) ผู้สูงอายุสะท้อนคุณค่าของตนที่มีต่อสมาชิกครอบครัวและความคาดหวังในอนาคต 3) การดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณ และ 4) การดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุเป็นผลจากการเป็นต้นแบบที่ดีและจากคำสอนทางศาสนา

นาริรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลที่ดี ศึกษา รูปแบบและถอดบทเรียนการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการจัดการที่ดี และศึกษารูปแบบและถอดบทเรียนกลวิธีการจัดการในครอบครัวและชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแนวคำถามสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำไปทดลองใช้และปรับแก้ไขตามความเหมาะสม ดังนั้น แนวคำถามในการ

สัมภาษณ์ระดับลึก สำหรับผู้ให้ข้อมูลกับชุมชนก่อนการเลือกชุมชนและครอบครัว 6 ข้อ และการอภิปรายกลุ่ม ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 11 ข้อ ผู้ดูแล 18 ข้อ ผู้สูงอายุ 4 ข้อ ดำเนินการ ค้นหาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมือง (นครราชสีมา และ กทม.) สัมภาษณ์ระดับลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน สนทนากลุ่ม กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายรรวมเอกสารและข้อมูลที่สังเกตพบเกี่ยวกับบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงระดับ 3 และ 4 ในชุมชนถือค4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร และชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เลือกชุมชนละ 2 ครอบครัว ผลการวิเคราะห์มีดังนี้คือ 1) ได้ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนได้แก่ การมีชุมชนเข้มแข็ง การมีระบบสนับสนุนที่ดีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทุนทางสังคม การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทชุมชน และการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2) ได้ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวได้แก่ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความพร้อม การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ปอดอักเสบ การสำลักอาหาร การป้องกันความรู้สึกเสียใจ และสร้างความสุข การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบทางอารมณ์ การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ 3) การดูแลบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู และความรู้สึกรักภาคภูมิใจในความสามารถดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลัก 4) การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลจัดอาหารเฉพาะโรค 5) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการดูแล 6) การที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจให้ผู้ดูแลรับจ้าง และ 7) การได้รับการสนับสนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากรัฐ เอกชน อาสาสมัคร

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ(2552) ทำการศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบเกี่ยวกับการจัดบริการและกลวิธีการจัดการสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัว ชุมชน ที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลที่ดี ทำการศึกษาร่วมกันกับพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่ทำหน้าที่ประสานงานและสนทนากลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวคำถามการถอดตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการศึกษาเฉพาะกรณีศึกษา และเชิงพรรณนา ด้วยเทคนิคการบรรยายกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงระดับ 3 และ 4 จำนวน 8 ราย ในจังหวัดเชียงราย ขอนแก่น สมุทรสาคร และนครศรีธรรมราช ผู้สูงอายุที่ศึกษาเพศหญิง 6 ราย เพศชาย 2 ราย ทุกรายมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาคือวิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดีประกอบไปด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลการขับถ่าย การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบทางอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ และชุมชนที่มีการ

จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบการประเมินบริการ

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2552) ผู้แต่งหนังสือคู่มือดูแลพ่อแม่ เนื้อหาได้เสนอแนะและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถให้บุตรหลานช่วยกันดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่ดี และเหมาะสม ตั้งแต่การประเมินสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การป้องกันการเกิดปัญหาเช่น อาการเจ็บป่วยทั่วไป การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การตรวจสุขภาพและการจัดบ้านและการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างลูกหลาน และให้แง่คิดในการเห็นคุณค่าของพ่อแม่ และการตอบแทนพระคุณด้วยการดูแลที่เป็นการแสดงความมีกตัญญูต่อพ่อแม่ ที่ทำให้ลูกหลานได้เข้าใจตระหนักถึงการปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อพึงปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน สรุปได้ดังนี้(เสนอ อินทรสุขศรี, 2536 อ่างใน สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง, 2540: 16)

- 1.การจัดอาหาร อาหารควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุเกิดการเบื่ออาหาร ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อแนะนำเรื่องการแก้ไข
- 2.ให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความพอใจ เช่น กวาดบ้าน ปลูกต้นไม้ ซ่อมแซมสิ่งของ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีประโยชน์ต่อครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ใครมาสั่งหรือใช้ให้ตนทำงาน
- 3.ควรให้เงินผู้สูงอายุไว้ใช้ตามสมควร แม้ว่าปกติผู้สูงอายุจะไม่ได้ใช้เงินมากนัก แต่ผู้สูงอายุอาจเอาไว้ซื้อของเล็กๆน้อยๆ หรือทำบุญตามศรัทธาของตน
- 4.หาทางให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เบิกบานใจ เช่น ถ้าผู้สูงอายุพอใจอ่านหนังสือ ก็ควรจัดหาหนังสือให้อ่าน จัดให้มีวิทยุ โทรทัศน์และการบันเทิงต่างๆ
- 5.พาผู้สูงอายุไปเข้าสังคมเท่าที่กำลังจะไปได้ เช่น พาไปชมการแสดง การฟังอภิปราย ไปชมสถานที่ต่างๆ
- 6.ผู้สูงอายุที่เลื่อมใสในศาสนา ควรหาโอกาสพาไปวัดเพื่อฟังเทศน์ สนทนาธรรม หรือนิมนต์พระที่ท่านนับถือมาที่บ้าน ให้ผู้สูงอายุได้สนทนาธรรม ฟังคำสั่งสอน เป็นต้น
- 7.ให้โอกาสผู้สูงอายุได้พบเพื่อน เพื่อไม่ให้วิ่วเหว หรือขาดเพื่อน
- 8.บุตรหลานควรจะทำตนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ครอบครัวพึงแสดงความรัก เคารพ นับถือด้วยกิริยา วาจา
- 9.จัดหางานอดิเรกให้ เช่น ถ้าผู้สูงอายุชอบเลี้ยงสัตว์ ก็ควรหาสัตว์เลี้ยงให้
- 10.ดูแลเรื่องความปลอดภัยภายในบ้าน
- 11.ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ห้องพัก ทางเดิน ควรให้มีแสงสว่าง พื้นไม่ลื่นจนเกินไป และควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง

12. การตัดผม โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ ควรได้ดูแลเอาใจใส่ตามสมควร

13. ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน และให้การรักษาพยาบาลตาม

เจ็บป่วย

เล็ก สมบัติ (2549) จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากเป็นบุตรของผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นหลาน ซึ่งทั้งบุตรและหลาน เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส ก็จะได้รับการดูแลจากคู่สมรสมากกว่าได้รับจากบุตรหรือหลาน มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้รับความสนใจจากคู่สมรส แต่จะได้รับการดูแลจากบุตรมากกว่า ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นภาระที่สำคัญของคู่สมรส บุตรหลาน ญาติ ซึ่งจะไม่มีการกำหนดขอบข่ายว่าใครควรเป็นผู้ดูแลหลัก บุตรหลานทุกคนต่างดูแลผู้สูงอายุตามสมควรจะเป็นการดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการเป็นอยู่ทั่วไปหรือการให้เงิน การซื้อหาสิ่งของให้ การเอาใจใส่ในเรื่องอารมณ์จิตใจ หรือการช่วยเหลือตามที่ผู้สูงอายุเรียกร้องหรือขอร้องให้ทำ กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวจะใช้วิธีการทำความตกลงกันภายในครอบครัวหรือระหว่างพี่ ๆ น้อง ๆ หลาน ๆ ของผู้สูงอายุที่จะหาผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล สมาชิกครอบครัวในภาคใต้ ได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุว่า ในครอบครัวของตนมีการจัดให้มีผู้ดูแลเพราะในการดูแลผู้สูงอายุถือเป็นภาระหนักที่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดพบว่าบุตรหลานในครอบครัวหรือญาติพี่น้องของผู้สูงอายุจะทำความตกลงกันหรือให้ทุกคนมาประชุมกัน โดยมีข้อแลกเปลี่ยนคือ ผู้ที่ดูแลหรือรับผู้สูงอายุไปดูแลจะได้รับสิ่งตอบแทน คือบ้านที่ดินหรือทรัพย์สินที่เป็นของผู้สูงอายุ หรือบางรายที่ไม่มีทรัพย์สินแล้วลูกหลานหรือญาติจะยกทรัพย์สินส่วนหนึ่งให้ เช่น ยกสวนยางหรือบ้าน หรือถ้ามีการแบ่งทรัพย์สินแล้วผู้ที่ได้รับส่วนแบ่งมากกว่าผู้อื่นจะเป็นผู้ดูแลและพบว่าบางรายจะยกเหตุการณ์ตอบแทนบุญคุณมาเป็นข้อแลกเปลี่ยนในการดูแล เช่น ผู้สูงอายุได้เลี้ยงดูหลานมาตั้งแต่แรกเกิดมากกว่าผู้อื่นเมื่อผู้สูงอายุช่วยตัวเองไม่ได้แล้ว หลานจะต้องเป็นผู้ดูแลตอบแทน ทั้งนี้ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดว่าจะจะเป็นบุตรหรือหลานเพศใดหรือบุตรลำดับใด นอกจากนี้ยังพบว่าในระหว่างพี่น้องกันเอง จะมีการตกลงผลัดเปลี่ยนกันในการดูแลผู้สูงอายุเช่น มีการตกลงว่าจะรับเอาผู้สูงอายุไปอยู่ด้วยที่บ้านคนละ 1 เดือนหรือถ้าผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่บ้านบุตรคนใดคนหนึ่ง บุตรคนอื่น ๆ ก็ต้องมาผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้น ๆ ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุบางรายได้รับการดูแลอย่างดีจากสะใภ้ หรือเขย ดังที่มีสมาชิกบางรายกล่าวว่า “ตนเป็นเขย ไม่จุกจิกกับผู้สูงอายุ จึงไม่มีเรื่องทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้สูงอายุ” และกล่าวว่า “รู้สึกรักและห่วงพ่อของแฟน เหมือนเป็นพ่อของตนเอง” เนื่องจากต้องมาอยู่ห่างจากครอบครัวตนเอง จึงให้ความสำคัญกับพ่อของภรรยาเสมือนเป็นพ่อของตนเอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นสายเลือดโดยตรงเท่านั้น

สัมพันธภาพในครอบครัว

เนติยาภรณ์ แจ่มทิม(2553) กล่าวถึงความสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ว่า จากสถาบันครอบครัวที่มีความสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องพึ่งพาครอบครัวในการให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (2536: 95) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญของมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะความเครียดเนื่องจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดี จะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลหรือเครือข่ายสังคม นั่นคือแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อภาวะเครียดต่างๆได้ดี คนเราต้องมีความรักความอบอุ่นระหว่างกันและกัน ครอบครัวที่ความสัมพันธ์ที่ดีต้องมีพฤติกรรมที่แสดงความรักและความผูกพันกันในลักษณะต่อไปนี้

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลเอื้ออาทรต่อกัน
2. ต้องรู้จักคนที่รักเรา
3. ต้องเคารพซึ่งกันและกัน
4. ต้องมีความรับผิดชอบ
5. ต้องมีความไว้วางใจกัน
6. ต้องให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
7. ต้องให้อภัยซึ่งกันและกัน
8. ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว
9. ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ
10. ต้องมีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว
11. ต้องรู้จักหน้าที่ในครอบครัว
12. มีความใกล้ชิดทางสัมผัส เช่น การโอบกอดกัน

ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ผู้ดูแลส่วนมากที่เป็นคู่สมรสจะมีความเครียดในบทบาทต่อการดูแล ถ้าสัมพันธภาพระหว่างกันไม่ดี เนื่องจากการกระทำตามหน้าที่ที่ต้องดูแลหรือทำตามความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ แต่ถ้าหากว่ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน มีความรักใคร่ผูกพันกัน มักจะเกิดความยินดี และเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือ ส่วนผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่คู่ชีวิต เช่น เป็นบุตร หลาน หรืออื่นๆ จะทำให้ต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆ มากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดในบทบาทได้มาก (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537: 65) และสอดคล้องกับการศึกษาของโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย (Social Economic Consequences of Aging of the Population in Thailand, SECAPT) พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร มีรายงานการวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวหรือภรรยาจะต้องมีภาระหนัก และมี

ความเครียดในบทบาทสูงกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพเป็นสามี (Pruchno & Resch, 1989: 84; Young & Kahana, 1989 in Given, 1991: 103 อ้างใน เนติยาภรณ์ แจ่มทิม 2553)

สัมพันธภาพในครอบครัวทุก ๆ ครอบครัวนำไปสู่แนวความคิดที่ว่า “ครอบครัวเป็นหน่วยของการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล” เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่รวมไว้ด้วยการติดต่อสื่อสาร การมีเจตคติ การปฏิบัติงานโต้ตอบของบิดาและมารดา บิดามารดาและบุตร พี่และน้อง และทุกๆ คนในครอบครัวที่มีต่อกัน ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวจึงอาจแยกกล่าวออกเป็นส่วนดังนี้ (อ้างใน เนติยาภรณ์ แจ่มทิม 2553)

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ลักษณะสัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิมจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ก็จะมีเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจาก ความรักและผูกพันแต่หากสัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการจัดการในตัวผู้สูงอายุร่วมกัน ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถปรับความเข้าใจกันได้ ขณะเดียวกันความขัดแย้งดังกล่าวก็อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพ ระหว่างสมาชิกด้วยกันและนำไปสู่บรรยากาศในครอบครัวที่ตึงเครียดในระยะต่อไปข้างหน้าได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวชในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยรายละเอียดวิธีดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช ซึ่งปัจจุบันได้รับการรักษาและพักอาศัยอยู่ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยได้ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรครภายใน 2 กลุ่ม คือ
 - 1.1 ผู้สูงอายุกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด
 - 1.2 ผู้สูงอายุความผิดปกติทางอารมณ์
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชที่มีอายุมากกว่า 18 ปี
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชต้องมีการรับรู้ปกติ สามารถรับรู้และสื่อสารเข้าใจภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ สมรรถนะการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การออกกำลังกาย โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี นิสัย และการช่วยเหลือจากชุมชน

2. แบบสอบถามระดับความเครียด จากแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived stress Questionnaire : PSQ) ของเลเวนสทิน และคณะ (Levenstein, et al., 1993 อ้างในพรชัย จุลเมตต์ 2543) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วริยา วิชราวัฒน์ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความทางบวก 22 ข้อ และข้อความทางลบ 8 ข้อ การประเมินการรับรู้ความเครียดจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ คือ

ไม่เคย	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นบางครั้ง
บ่อย ๆ	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นบ่อย ๆ
เป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำ

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ถ้าเลือก		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคย		ได้ 1 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
เป็นบางครั้ง		ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
บ่อย ๆ		ได้ 3 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
เป็นประจำ		ได้ 4 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การคำนวณและการแปลผลคะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินจากค่าเฉลี่ยบวกและลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยระดับคะแนนที่มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าคะแนนที่น้อย แบ่งระดับคะแนนความเครียดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 30-60	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน 61-90	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 91-120	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

3..การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านต่าง ๆ กับการเผชิญความเครียดจากแบบการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS)(Jalowiec, 1988)ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (1988) มีจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ แบบเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ และการจัดการปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามีระดับคะแนน 5 อันดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36-180 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ถ้าเลือก	ไม่เคย	ได้ 1 คะแนน
	นาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
	บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
	บ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน
	เกือบทุกครั้ง	ได้ 5 คะแนน

การประเมินใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987 อ้างในปราณี มิ่งขวัญ, 2542) คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียดโดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกัน หาค่าด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้านรวมกัน จะได้เป็นคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งบอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้านซึ่งอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 ซึ่งคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 1

การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยโดยการประชุมทีมงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงทดลองฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนลงมือเก็บข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2

ขั้นตอนดำเนินการโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยจะมีตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล

3. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 3

การรวบรวมคะแนนจากแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived stress Questionnaire : PSQ) ของเลเวนสไตน์ และคณะ (Levenstein, et al., 1993) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วริยา วิชาวัฒน์ (2543)

แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale: JCS)(Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความเครียดนำมาคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์การเผชิญความเครียดรายด้านโดยการคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ (Relative score)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวชในเขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 82 ราย ผลการศึกษาได้วิเคราะห์และนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=82)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	37.8
หญิง	51	62.2
อายุ		
อายุ 25-40 ปี	16	19.5
อายุ 41-50 ปี	20	24.4
อายุ 51- 60 ปี	21	25.6
อายุ 61-70 ปี	16	19.5
อายุ 71-80 ปี	7	8.5
อายุ มากกว่า 80 ปี	2	2.4
(พิสัย 27-82, ค่าเฉลี่ย 53.51, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.81)		
สถานภาพสมรส		
โสด	14	17.1
สมรส	64	78.0
หม้าย/หย่าร้าง	4	4.9

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=82)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	51	62.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	15.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	7.3
การศึกษา		
อนุปริญญา/ปวส.	2	2.4
ปริญญาตรี	9	11.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.2
ศาสนา		
พุทธ	81	98.8
คริสต์	1	1.2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	25	30.5
บุตร	33	40.2
ญาติ	24	29.3
ระยะเวลาการดูแล		
6 เดือน – 1 ปี	7	8.5
1 – 5 ปี	32	39.0
มากกว่า 5 ปี	43	52.4
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	19	23.2
รับจ้าง	31	37.8
ค้าขาย	9	11.0
ข้าราชการ	8	9.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	15.9
อาชีพอื่นๆ	8	2.4

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=82)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	8	9.7
น้อยกว่า 500 บาท	1	1.2
500 – 3000 บาท	18	22.0
3001 – 10000 บาท	39	47.6
10001 – 30000 บาท	11	13.4
มากกว่า 30000 บาท	5	6.1
(ค่าเฉลี่ย 8431.16 บาท/เดือน, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10129.051)		
รายจ่ายต่อเดือน		
ไม่มีรายจ่าย	21	25.6
น้อยกว่า 500 บาท	9	11.0
501-1000 บาท	13	15.9
1001 - 3000 บาท	20	24.4
3001 – 10000 บาท	17	20.7
มากกว่า 10000 บาท	1	1.2
(ค่าเฉลี่ย 2799.15 บาท/เดือน, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4695.70)		
แหล่งที่มาของรายได้		
จากตนเองคนเดียว	60	73.2
จากผู้อื่นอย่างเดียว	11	13.4
จากตนเองและผู้อื่น	30	7.9
ความพอเพียงทางรายได้		
ความพอเพียงทางรายได้	47	57.3
ความไม่พอเพียงทางรายได้	35	42.7

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=82)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	3	3.7
อยู่กับคู่สมรส	46	56.1
อยู่กับลูกหลาน	25	30.5
ไม่ระบุ	8	9.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
น้อยกว่า 3 คน	36	43.9
3 – 5 คน	31	37.8
มากกว่า 5 คน	15	18.3
งานอดิเรก		
ไม่มีงานอดิเรก	19	23.2
มีงานอดิเรก	63	76.8
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	25	30.5
ออกกำลังกาย	57	69.5
การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม		
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมสังคม	18	22.0
เข้าร่วมกิจกรรมสังคม	64	78.0
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	48	58.5
มีโรคประจำตัว	34	41.5

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=82)	ร้อยละ
สถานบริการทางการแพทย์		
โรงพยาบาลเกาะคา	24	29.3
คลินิก	6	7.3
โรงพยาบาลเอกชน	4	4.9
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6	7.3
ใช้บริการหลายสถานบริการ	2	2.4
ไม่ระบุ	40	48.8
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง 30 บาท	63	76.8
เบิกได้	10	12.2
อสม.	3	3.7
ประกันสังคม	6	7.3
ความเจ็บป่วยที่ไปรักษา		
ด้านร่างกาย	57	69.5
ด้านจิตใจ	2	2.4
ด้านร่างกายและด้านจิตใจ	3	3.7
ไม่ระบุ	20	24.4
หนี้สิน		
ไม่มีหนี้สิน	45	54.9
มีหนี้สิน	37	45.1
การช่วยเหลือจากชุมชน		
ไม่มีการช่วยเหลือจากชุมชน	64	78.0
มีการช่วยเหลือจากชุมชน	18	22.0

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางที่ศึกษาจำนวน 82 คน แบ่งเป็นเพศชาย 31 คน (ร้อยละ 37.8) และเพศหญิง 51 คน (ร้อยละ 62.2) โดยอยู่ในช่วงอายุ 25-40 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 19.5) อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 24.4) อยู่ในช่วงอายุ 51 - 60 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 25.6) อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 19.5) อยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 8.5) และอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 80 ปี จำนวน 2 คน (คิดเป็นร้อยละ 2.4) ส่วนสถานภาพการสมรส พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 รองลงไปเป็นสถานภาพโสดและหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 17.1และร้อยละ 4.9 ตามลำดับ ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 62.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น, ปริญญาตรี, มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช., อนุปริญญา/ปวส. และสูงกว่าปริญญาตรีตามลำดับ สำหรับศาสนา พบว่าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.8 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคจิตเวชเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.2 รองลงไปเป็นสามี/ภรรยาและญาติตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงไปเป็นระยะเวลา 1 - 5 ปีและระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 37.8 ของผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง รองลงไปคือ อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 23.2 , ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 15.9 , ข้าราชการ ร้อยละ 9.8 และอาชีพอื่น ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลอยู่ในช่วง 3001 - 10000 บาทมากที่สุด รองลงไปเป็นช่วงรายได้ 501 - 3000 บาท, ช่วงรายได้ 10001 - 30000 บาท , ไม่มีรายได้ และช่วงรายได้มากกว่า 30000 บาท ตามลำดับ โดยแหล่งที่มาของรายได้ได้จากการประกอบอาชีพของผู้ดูแลอย่างเดียวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.2 ที่เหลือได้จากผู้อื่นและได้จากทั้ง 2 ส่วน คือ ตนเองและผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 13.4 เท่ากัน สำหรับค่ารายจ่ายต่อเดือน พบว่าอยู่ในช่วง 1001 - 3000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.4 รองลงไม่มีรายจ่ายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.6 , อยู่ในช่วงรายจ่าย 3001 - 10000 บาท , ช่วงรายจ่าย 501 - 1000 บาท , ช่วงรายจ่ายน้อยกว่า 500 บาทและช่วงรายจ่ายมากกว่า 10000 บาทตามลำดับ ด้านความพอเพียงทางรายได้พบว่าโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 57.3 มีความพอเพียงทางรายได้และร้อยละ 42.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ ลักษณะครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 56.1 สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ด้วยกันพบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนน้อยกว่า 3 คน รองลงไม่มีจำนวน 3 - 5 คน และจำนวนสมาชิกมากกว่า 5 คน ตามลำดับ ด้านงานอดิเรกของผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่มีงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 76.8 นอกจากนั้นพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมคิดเป็นร้อยละ 78.0 ส่วนด้านโรคประจำตัวพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 ไม่มีโรคประจำตัว โดยข้อมูลสถานบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลในการไปรับบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลเกาะคา คิดเป็นร้อยละ 29.3 โดยสิทธิการรักษาทางการแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.8 เป็นสิทธิบัตรทอง 30 บาท รองลงไปเป็นสิทธิเบิกได้, ประกันสังคมและสิทธิอื่น.ตามลำดับ ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลไปรับบริการทางการแพทย์ คือ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 69.5 รองลงไปเป็นความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 3.7 และเป็นความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.4 ข้อมูลด้านหนี้สินของผู้ดูแลพบว่าส่วน

ใหญ่ร้อยละ 54.9 ของผู้ดูแลไม่มีภาระหนี้สิน สำหรับข้อมูลด้านการช่วยเหลือจากชุมชนพบว่าผู้ดูแลเพียงร้อยละ 22.0 ที่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนเท่านั้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามคะแนนจากแบบประเมิน

ความเครียด	จำนวน (82 คน)	ร้อยละ	คะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน
					มาตรฐาน
ระดับต่ำ	1	1.2	54	54	-
ระดับปานกลาง	33	40.2	65-90	79.23	7.09
ระดับสูง	48	58.5	91-120	101.21	8.92
รวม	82	100.0	54-120	91.80	14.14

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความเครียดอยู่ในระหว่าง 54-120 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดเท่ากับ 91.80 และ 14.14 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการเผชิญความเครียด

ตารางที่ 3 การเผชิญความเครียด แบ่งตามคะแนนจากแบบประเมิน (จำนวน 82 คน)

การเผชิญความเครียด	คะแนนที่	คะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน
	เป็นไปได้			มาตรฐาน
การเผชิญหน้าปัญหา	13-65	13-65	36.40	10.54
การจัดการอารมณ์	9-45	9-45	17.91	6.48
การจัดการปัญหาทางอ้อม	14-70	14-70	37.31	9.89
รวม	36-180	36-178	91.63	23.44

ในการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้าปัญหา การจัดการอารมณ์และการจัดการปัญหาทางอ้อม เมื่อประสบปัญหา

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด (จำนวน 82 คน)

การเผชิญความเครียด	คะแนนสัมพัทธ์
	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.37 (0.05)
การจัดการอารมณ์	0.27 (0.06)
การจัดการปัญหาทางอ้อม	0.36 (0.03)

คะแนนสัมพัทธ์ (relative score) เป็นการบอกสัดส่วนสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน คะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก คะแนนสัมพัทธ์แต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-1 เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ในวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 0.37, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.05) รองลงไปแบบการจัดการปัญหาทางอ้อม (ค่าเฉลี่ย 0.36, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.03) และแบบการจัดการอารมณ์น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 0.27, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.06) ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช ซึ่งได้รับการรักษาและพักอาศัยอยู่ในอำเภอกะลา จังหวัดลำปาง โดยได้ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลการศึกษา ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 51 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 โดยอยู่ในช่วงอายุ 51 - 60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.6 พบสถานภาพการสมรสมากที่สุดจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 ในส่วนของระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 62.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สำหรับศาสนาพบว่าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.8 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคจิตเวชเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 ด้านการประกอบอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 37.8 ของผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3001 - 10000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.6 โดยแหล่งที่มาของรายได้ได้จากการประกอบอาชีพของผู้ดูแลเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 73.2 ที่เหลือได้จากผู้อื่นและได้จากทั้ง 2 ส่วน คือ ตนเองและผู้อื่น สำหรับค่ารายจ่ายต่อเดือน พบว่าอยู่ในช่วง 1001 - 3000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.4 ด้านความพอเพียงทางรายได้พบว่าโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 57.3 มีความพอเพียงทางรายได้ ลักษณะครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 56.1 สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ด้วยกันพบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนน้อยกว่า 3 คน ด้านงานอดิเรกพบว่าส่วนใหญ่มีงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 76.8 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมคิดเป็นร้อยละ 78.0 ส่วนด้านโรคประจำตัวพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 58.5 โดยข้อมูลสถานบริการทางการแพทย์พบว่าสถานบริการทางการแพทย์ที่ไปรับบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลกะลา คิดเป็นร้อยละ 29.3 โดยส่วนใหญ่มีสิทธิ์การรักษาทางการแพทย์เป็นสิทธิ์บัตรทอง 30 บาท คิดเป็น ร้อยละ 76.8 ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่ไปรับบริการทางการแพทย์คือ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 69.5 ข้อมูลด้านหนี้สินพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 54.9 ของผู้ดูแลไม่มีภาระหนี้สิน สำหรับข้อมูลด้านการช่วยเหลือจากชุมชนพบว่าผู้ดูแลเพียงร้อยละ 22.0 ที่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนเท่านั้น

2. ข้อมูลด้านระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความเครียดอยู่ในระหว่าง 54-120 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดเท่ากับ 91.80 และ 14.14 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง

3. ข้อมูลด้านการเผชิญความเครียด

ในการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้าปัญหา การจัดการอารมณ์และการจัดการปัญหาทางอ้อม

เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งเป็นการบอกสัดส่วนสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้านในวิธีการเผชิญความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 0.37, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.05) รองลงไปแบบการจัดการปัญหาทางอ้อม (ค่าเฉลี่ย 0.36, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.03) และแบบการจัดการอารมณ์น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 0.27, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.06) ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาศักยภาพระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเวชในเขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 82 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ,แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived stress Questionnaire : PSQ) ของเลเวนสทิน และคณะ (Levenstein, et al., 1993) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วริยา วิชราวัฒน์ (2543)และแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS)(Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ปรานี มิ่งขวัญ (2542) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางซึ่ง ได้ผ่านการประชุมและฝึกการเก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (พรชัย จุลเมตต์, 2543) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ และพบว่าผู้ดูแลยังมีบทบาทในการหารายได้หลักมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งในสังคมไทยบทบาทเพศหญิงจะมีหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน อีกทั้งด้านเวลาที่ใช้ในการดูแลและปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมิแนวนุ่มขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว ความขัดแย้งดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด และสอดคล้อง

กับการศึกษาของโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย (Social Economic Consequences of Aging of the Population in Thailand, SECAPT) พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร มีรายงานการวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวหรือภรรยาจะต้องมีภาระหนักและมีความเครียดในบทบาทสูงกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพเป็นสามี (Pruchno & Resch, 1989: 84; Young & Kahana, 1989 in Given, 1991: 103 อ้างใน เนติยาณ์ แจ่มทิม 2553)

ด้านความสัมพันธ์พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรร้อยละ 40.2 ซึ่งสอดคล้องจากขนบธรรมเนียมประเพณีที่ปลูกฝังเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา(สิทธ์ บุตรอินทร์ อ้างใน พรชัย จุลเมตต์, 2543) สอดคล้องจากการศึกษาของเล็ก สมบัติ (2549) พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากเป็นบุตรของผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นหลาน ซึ่งทั้งบุตรและหลาน เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ และงานวิจัยของภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ (2548) ที่สนับสนุนความสำคัญการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลในครอบครัวว่าเป็นส่วนที่สำคัญและควรให้ความสนใจเนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอีกด้วย

จากงานวิจัยพันธุศาสตร์ วราอัศวปติ (2540) ซึ่งได้เสนอว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นญาติควรมีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวและปรับพฤติกรรมเข้าหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งจากระดับความเครียดที่สูง จึงน่าจะเป็นการสะท้อนถึงการขาดความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยทำให้เกิดการปรับตัวและปรับพฤติกรรมเข้าหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ไม่ดีจึงเกิดความเครียดสูง ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลามากกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานประกอบกับผลการรักษาโรคจิตเวชซึ่งมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่หายดีแล้วกลับมาดูแลตัวเองได้ รวมถึงวัยที่มีอายุเพิ่มสูงขึ้นทุกวันและการรักษาที่ใช้ร่วมกันหลายตัว ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคจิตเวช จึงต้องมีการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นหลัก อีกประเด็นที่ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตในการเกิดความเครียดระดับสูงในผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุโรคจิตเวช ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคจิตเวชเช่นเดียวกัน จึงเป็นปัจจัยทำให้การปรับตัวและทนต่อภาวะต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ไม่ดีจนเหตุทำให้เกิดความเครียดสูงได้

ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้าปัญหา การจัดการอารมณ์และการจัดการปัญหาทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องแนวความคิดของจาโลวิก (1988) ซึ่งกล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าไม่มีการเผชิญความเครียดด้านใดที่มีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ได้ ดังนั้นการที่บุคคลมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ผสมผสานกัน แต่จะใช้ด้านหนึ่งมากหรือน้อยนั้นขึ้นกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งเป็นการบอกสัดส่วนสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้านในวิธีการเผชิญความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงที่สุด ซึ่งเป็นลักษณะการเผชิญปัญหาโดยผู้ดูแลยังมีความพยายามที่จะแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ลดลงหรือหมดไปโดยใช้ความสามารถของตนเองอยู่ ซึ่งจากแนวคิดการเผชิญ

ความเครียดของลาซาร์สและโพล์คแมน (1988) ซึ่งอธิบายว่าเมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลประเมินว่า เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคามหรือทำลาย บุคคลจะพยายาม ค้นหาวิธีการเผชิญสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น จากลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.2 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ดังนั้นการเกิดความเจ็บป่วยกับบิดาหรือมารดาซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงพยายามที่จะแสวงหาวิธีการต่าง ๆ มาใช้ในการเผชิญความเครียด เพื่อให้การดูแลบุพการีให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด (พรชัย จุลเมตต์ 2543) นอกจากนี้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลโรคพาร์กินสัน ของศิริโพธิ์งาม(1994), ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองของพรชัย จุลเมตต์ ,ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมฟิตามีนของแวนดาว วงศ์สุรประภิต ซึ่งผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นส่วนใหญ่

จากการศึกษายังพบว่าสัดส่วนการเผชิญความเครียดระหว่างการเผชิญปัญหาซึ่งพบมากที่สุดกับการจัดการปัญหาทางอ้อมที่รองลงมาแต่มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก จากแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาร์สและโพล์คแมน (1988) ซึ่งอธิบายถึงการเผชิญปัญหาทางอ้อมจากข้อมูลที่รวบรวมได้พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชมากกว่า 5 ปี ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้สภาพปัญหาและรับรู้การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดการเรียนรู้และยอมรับสภาพของปัญหาว่าไม่สามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จึงพยายามหาวิธีเพื่อให้เกิดความสบายใจกับปัญหาที่เผชิญอยู่ แต่การใช้วิธีการเผชิญหน้าปัญหาทางอ้อมจะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ซึ่งในระยะต่อไปอาจเกิดความรุนแรงของปัญหาขึ้นมาได้

ในความเห็นของผู้วิจัยคิดว่าการเผชิญความเครียดวิธีการเผชิญปัญหา ถือเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการพยายามจัดการกับต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อตัวผู้ดูแลเอง

จากผลการศึกษาข้อมูลในการจัดบริการนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษามาวางแผนงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช ให้การดูแลรักษาในกลุ่มที่มีความเครียดและการเผชิญหน้าต่อปัญหาอย่างไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการและเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลใน นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนและกำหนดทิศทางในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและเหมาะสม
2. ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินพบความเครียดระดับปานกลางและสูง ควรมีการ ส่งทีมเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์เชิงลึกโดยเจ้าหน้าที่ด้านบริการสุขภาพจิตอีกครั้ง เพื่อประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือระดับประครองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมซึ่งจะมีส่วนในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านสุขภาพจิตเชิงรุกและความต่อเนื่องควรมีการจัดบริการเครือข่ายทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเกาะคา เพื่อการติดตามและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการให้คำปรึกษาและการค้นหาผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด รวมถึงเพิ่มการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยการพัฒนารูปแบบให้บริการสายด่วน เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลืออย่างทันที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ ด้วย โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีระยะเวลาดูแลที่นานมากกว่าโรคอื่น ๆ เพื่อค้นหาและช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม
2. ควรมีการกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลโรคอื่นๆ และจัดบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิตให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กมลมาลย์ อุปพันธ์.การจัดการความเครียดของพนักงานสายการบินที่ทำหน้าที่ตรวจบัตรผู้โดยสารสายการบินไทย.[วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต].เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
2. กรมสุขภาพจิต.เคล็ดลับการจัดการความเครียด.[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงจาก: <http://www.dmh.go.th/1667/1667view.asp?id=3451>
3. กรมสุขภาพจิต.การบริการด้านสุขภาพจิต[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2554[เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
4. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2541.
5. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ; ดีไซน์คอนดักชั่น; 2541.
6. การใช้ยาทางจิตเวชในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2552[เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.asean-cites.org/web/search/view/id/27702?>
7. ขวัญพนมพร ธรรมไทย. ความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2546;34,1-14.
8. ขนิษฐา นันทบุตร. บทสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบการทำงานของผู้ดูแล. [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://reviewselderlyfamily.weebly.com/ndex.html>
9. เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542 .
10. โครงสร้างประชากร 30 ปีข้างหน้า. [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ: ไทยพับลิค้า; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaipublica.org/2013/07/population-structure-1/>
11. จันทา พงษ์ศิริ. ความเครียดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำนักงานงบประมาณ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2541.
12. ชลลดา ภัคดีประพฤกษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

13. นงคาร รางแดง. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
14. เนติยามร์ แจ่มทิม. ความเครียดจากการดูแลและทักษะการเผชิญความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะเจ็บป่วยในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี; 2553.
15. นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
16. นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://reviewselderlyfamily.weebly.com/ndex.html>
17. เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. อุดรดิตถ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์; 2550.
18. ปราณี่ มิ่งขวัญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
19. ปรีชา อินโท. ความเครียดและวิถีคลายเครียด. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
20. พรชัย จุลเมตต์, ยูพิน ถนัดฉิมชัย. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2544; 9:32-46.
21. พัชรินทร์ คำอินทร์. ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่ได้รับการพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
22. พันธุ์ศักดิ์ วราอัสวปติ. การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2540:1-49.
23. พูนสุข เวชวิฐาน. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย: มุมมองจากผู้สูงอายุและลูกวัยผู้ใหญ่. วทส.: 2551; 9(1):25-36.
24. กัทธาภรณ์ พุ่งปั้นคำ, สุวิทย์ อินทอง, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, ชาลินี สุวรรณยศ, ศรีัญญา วรรณชัยกุล. คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

- 25.ภาวิณี วรประดิษฐ. ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 21 ม.ค. 2558].
เข้าถึงได้จาก: http://trat.nfe.go.th/trat/topic_5_old.php?page=10
- 26.มัลลิกา โมกษะสมิต.สุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลป่าซาง. วารสารสวนปรง, 2555:
28(2):11-19.
- 27.มยุรี ตานินทร์.ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล
ศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี. [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2552.
- 28.มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ.ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2541[เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
[http://reviewselderlyfamily .weebly.com/ ndex.html](http://reviewselderlyfamily.weebly.com/ndex.html)
- 29.เย็นฤดี กะมุกดา.การพัฒนาการจัดการความเครียดของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมู่ที่ 4 ตำบลถนนใหญ่
อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี;
2549.
- 30.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม.ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. งามาธิบดีพยาบาลสาร, 2539; 2(1)
:84-94.
- 31.เล็ก สมบัติ.รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวในปัจจุบัน.
[อินเทอร์เน็ต]. 2551[เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: [http://reviewselderlyfamily. weebly.com/
ndex.html](http://reviewselderlyfamily.weebly.com/ndex.html)
- 32.วรเดช ช้างแก้วและคณะ.รายงานการวิจัยศึกษาความเครียดของคณงานโรงงานอุตสาหกรรมเครื่องเคลือบ
ดินเผาในเขตจังหวัดราชบุรี.ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี; 2545.
- 33.วนรัตน์ สิงใส.การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
- 34.วริยา วิชราวัฒน์. อิทธิพลของวิถีชีวิต บุคลิกภาพก้าวร้าว ความเครียดเรื้อรัง และภาวะติดเชื้อเฮลิโคแบค
เตอร์ไพโลไร ต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก.[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
ศษย์บัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
- 35.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การส่งเสริมบทบาทสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.วารสารพยาบาลศาสตร์,
2537;12(4),33-38.

36. แวควาว วงศ์สุรประภิต. ความเครียดและวิธีการปรับแก้ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
37. วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. [การค้นคว้าอิสระ.สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] : เชียงใหม่; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
38. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.วารสารพยาบาลศาสตร์: 2537;12:33-8
39. ศรีนวล สถิตวิธานันท์.เอกสารประกอบการฝึกอบรม โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2552.
40. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม.รายงานการวิเคราะห์เอกสารเบื้องต้น เรื่อง ความต้องการการบริการผู้ดูแล.[อินเทอร์เน็ต] . 2551[เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://reviewselderlyfamily.weebly.com/index.html>
41. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
42. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. 2552[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://reviewselderlyfamily.weebly.com/index.html>
43. สมจิตร หนูเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ในการพยาบาลทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยุสิน จำกัด, 2536.
44. สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ.ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสุราเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
45. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วนิกา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง.วารสารสวนปรง. เชียงใหม่: 2540;3:1-20.
46. สายพิน เกษมกิจวัฒนา.แบบจำลองสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต].กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
47. สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่2. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง; 2527.
48. สุพรรณษา วังศิริ. บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. [ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม; 2552.

49. สุจิตรา นิลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบทจังหวัดสุพรรณบุรี. [วิทยานิพนธ์ประชากรศาสตร์ชุมชนมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
50. สุภาพ อารีเอื้อ. ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
51. สิรินทร ฉันทศิริภณจน. คู่มือดูแลพ่อแม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2552.
52. สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
53. เอื้ออารีย์ สาลิกา. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
54. อภิชา แซ่ม้อย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.
55. อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด; 2540.
56. อารีย์ เสนาชัย. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.gotoknow.org/posts/32432>.
57. อาพร สุขสวัสดิ์. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา. [ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
58. Engel, G.L. Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia: W.B Saunders; 1962.
59. Lazarus, R.S. and S. Folkman. Stress Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
60. Jalowice, A., and O.L. Strickland, eds. Confirmatory factor analysis of the Jalowice coping scale in C.F. Waltz. Measurement of nursing outcome volume one : measurement client outcomes. New York: Springer Publishing Company; 1988.
61. Miller, L.H., & Keane, C.B. Encyclopedia and Dictionary of medicine and Nursing. Philadelphia: WB Saunders; 1972.

62. Orem, D.E. Nursing Concepts of Nursing Practice. (4th ed.). St.Louis: Mosby. Yager, M.I. 1989.
Clinical Manifestations of psychiatric disorders. In H.J.Kaplan & B.J..Sadock (Eds). Comprehensive text book of psychiatric/Volume 1. (5 th.ed.). Baltimer: Williams & Wilking; 1991.
63. World Health Organization. The World Health Report 2003. Geneva, World Health Organization.
64. Yager, M.I. Clinical Manifestations of psychiatric disorders. In H.J.Kaplan & B.J..Sadock (Eds).
Comprehensive text book of psychiatric/Volume 1. (5 th.ed.). Baltimer: Williams & Wilking; 1989.

ภาคผนวก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้า นางสาว กิริติญา ไทยอู่ นายแพทย์ ระดับชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลเกาะคา อ.เกาะคา จ.ลำปาง ได้ทำวิจัยเพื่อการค้นคว้าอิสระเรื่อง ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชที่บ้าน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิต เวชในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือ จากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ ขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกของท่านในช่วงการดูแลผู้สูงอายุ โรคจิตเวช โดยใช้เวลาประมาณ 15 – 30 นาที การเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัคร ใจของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาและสามารถออกจากการ ศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น

การศึกษาในครั้งนี้ จะไม่ประสบความสำเร็จได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอ ขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

กิริติญา ไทยอู่

ผู้ศึกษา

สำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

.....

(.....)

...../...../.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ความเครียดและการเผชิญหน้าต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชที่บ้าน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชที่บ้าน
2. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ
 - 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - 2) แบบสอบถามความเครียดและการเผชิญหน้าต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช
3. แบบสอบถามฉบับนี้ ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีความผลกระทบต่อท่านและผู้ป่วยแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปใช้ในกระบวนการวางแผนดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงอายุทางโรคจิตเวชอย่างเหมาะสม

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล อายุ ปี เบอร์โทร.....

เพศ ชาย หญิง

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย/หย่าร้าง อื่น ๆ ระบุ.....

ระดับการศึกษา ประถม มัธยมต้น มัธยมปลาย/ปวช.

อนุปริญญา/ปวช. ปริญญาตรี ปริญญาโท/เอก

ไม่ได้เรียนหนังสือ อื่น ๆ ระบุ.....

ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ ระบุ.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ดูแล สามิ-ภรรยา บุตร ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 6 เดือน – 1 ปี 1 – 5 ปี มากกว่า 5 ปี

อาชีพ เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่น ๆ ระบุ.....

รายได้ต่อเดือน บาท ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน.....บาท

ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

.....

แหล่งที่มาของรายได้หลักในการดูแล ตนเอง ผู้อื่น ตนเองและผู้อื่น

ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ ระบุรายละเอียด.....

ลักษณะครอบครัว อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับลูก/หลาน อื่น ๆ ระบุ.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่า 3 คน 3 -5 คน มากกว่า 5 คน

งานอดิเรก ไม่มี มี ระบุ

การออกกำลังกาย ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ประเภทกิจกรรม ระบุ.....

ไม่ออกกำลังกาย สาเหตุ.....

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ไม่มี มี ระบุ.....

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ

การรักษาโรคประจำตัว รักษา ระบุสถานที่.....

ไม่รักษา ระบุสาเหตุ.....

จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ครั้ง

วิธีการรักษาพยาบาล

อาการที่ไปรักษา

หนี้สิน ไม่มี มี ระบุรายละเอียด (ในระบบ นอกระบบ)

ความช่วยเหลือจากชุมชน ไม่มี มี ระบุ

แบบประเมินความเครียด

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายความรู้สึกโดยทั่วไปที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือสองปีที่ผ่านมา ขอให้เลือกทันทีตามความคิดแรกของท่านโดยไม่ต้องตรวจทานคำตอบ และกรุณาตั้งใจทำจนครบทุกข้อ

- 1 หมายถึง ไม่เคย 2 หมายถึง เป็นบางครั้ง
- 3 หมายถึง บ่อยๆ 4 หมายถึง เป็นประจำ

ลักษณะความเครียด	ไม่เคย	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็น ประจำ	สำหรับ ผู้วิจัย
	1	2	3	4	
1. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน					
2. ท่านรู้สึกว่า มีเรื่องที่เรียกร้องให้ท่านต้อง ตอบสนองมากมาย					
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย					
4. ท่านมีสิ่งที่ต้องทำมากเกินไป					
5. ท่านรู้สึกว่าเหวหรือโดดเดี่ยว					
6. ท่านรู้สึกอยู่ในสถานการณ์ขัดแย้ง					
7. ท่านรู้สึกว่าตนเองกำลังทำสิ่งที่ชอบอย่างแท้จริง					
8. ท่านรู้สึกเหนื่อยล้า					
9. ท่านกลัวว่าท่านอาจจะไม่สามารถจัดการเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายได้					
10. ท่านรู้สึกสงบ					
11. ท่านต้องตัดสินใจในเรื่องราวต่าง ๆ มากมาย เกินไป					
12. ท่านรู้สึกว่าไม่ได้ตามที่หวัง					
13. ท่านเต็มเปี่ยมไปด้วยพลัง					

14. ท่านรู้สึกดีถึงเครือข่าย					
15. ปัญหาต่าง ๆ ของท่านดูเหมือนทับถมมากขึ้น					
16. ท่านรู้สึกเร่งรีบ					
17. ท่านรู้สึกปลอดภัยและได้รับการคุ้มครอง					
18. ท่านมีความกังวลใจอยู่หลายเรื่อง					
19. ท่านได้รับความกดดันจากบุคคลรอบครัว					
20. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
21. ท่านมีความสุขเพลิดเพลินในชีวิต					
22. ท่านกลัวเกี่ยวกับอนาคต					
23. ท่านรู้สึกว่ากำลังทำสิ่งต่าง ๆ เพราะท่านจำเป็นต้องทำ ไม่ใช่เพราะอยากทำ					
24. ท่านรู้สึกว่าถูกวิจารณ์หรือถูกตัดสินในเรื่องความคิดหรือการกระทำ					
25. ท่านเป็นคนง่าย ๆ ง่าย ๆ ไร้อารมณ์					
26. ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลียใจ					
27. ท่านผ่อนคลายได้ยาก					
28. ท่านรู้สึกว่าท่านรับภาระความรับผิดชอบไว้มาก					
29. ท่านมีเวลากับตัวเองเพียงพอ					
30. ท่านรู้สึกอยู่ภายใต้ภาวะกดดันที่ต้องทำงานให้เสร็จตรงตามกำหนดเวลา					

แบบวัดการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง บุคคลมีปฏิกิริยาต่อความเครียดได้หลายแบบ บางคนใช้วิธีการควบคุมความเครียดโดยวิธีเดียว บางคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายวิธี ดิฉันมีความสนใจวิธีการที่บุคคลกระทำเมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด กรุณาให้คำตอบว่าคุณใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดต่อไปนี้บ่อยเพียงใด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เลย
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 1-3 ครั้ง/เดือน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เกือบทุกครั้ง

ลักษณะการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง	สำหรับ ผู้วิจัย
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1. กังวลใจ						
2. ลดความเครียด โดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย						
3. หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น						
4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้						
5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์						
6. การกิน การสูบบุหรี่ การขบเคี้ยว						
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน						

8. ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์						
9. กัดฟันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย						
10. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้						
11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน						
12. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้						
13. อารมณ์เสีย จุกจิก สบถ						
14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง						
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่มุม						
16. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้						
17. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น						
18. สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ						
19. กระทบกระชวย หงุดหงิดใจ						
20. ถอยหนีจากสถานการณ์						
21. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา						
22. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง						

23. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ						
24. แยกตัว อยากรู้คนเดียวตามลำพัง						
25. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข						
26. อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายไปตัวเอง						
27. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน						
28. พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น						
29. ลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด						
30. ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้						
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา						
32. พยายามแก้ไขปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ						
33. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นในตอนเช้า						
34. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา						
35. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น						
36. มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด						

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

กิริติญา ไทยอู่

ตำแหน่งปัจจุบัน

นายแพทย์ ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ 914

ประวัติการศึกษา

1. แพทยศาสตร์บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พ.ศ. 2548)
2. อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2554)
3. การบริหารสาธารณสุขระดับสูง มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2555)
4. อบรมหลักสูตรอาชีวเวชศาสตร์ระยะสั้น รพ.นพรัตน์ (พ.ศ. 2557)

ผลงานวิจัย

ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่พริก อำเภอแม่พริก

จังหวัดลำปาง (พ.ศ. 2555)

ที่ทำงานปัจจุบัน

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค อาคาร 5 ชั้น 6

กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

E-mail Address

pey_tha@hotmail.com