

รายงานวิจัย

เรื่อง

การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

โดย

นางศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

กลุ่มการพยาบาล
สถาบันบำราศนราดูร

ชื่อเรื่อง การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร
เจ้าของผลงาน นางศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มารับบริการที่ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 2) แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00) รองลงมาในระดับสูง (ร้อยละ 22.50) และระดับน้อย (ร้อยละ 5.00) การเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทามากที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.35) รองลงมาคือ ใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.34) และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.31) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r = 0.535$, $p < 0.01$) การเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการด้านอารมณ์ ($r = 0.834$, $p < 0.01$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($r = 0.406$, $p < 0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = 0.240$, $p < 0.01$)

คำสำคัญ : ความเครียด, การเผชิญความเครียด, ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้ดูแล

Abstract

This descriptive research aimed to study of stress coping among caregivers of bedridden patients. In the medical ward Bamrasnaradura InfectiousDiseases Institute. The sample consisted of 40 caregivers of bedridden patients. The research instrument were 1) the stress level questionnaire for caregiver of bedridden patients, 2) the stress coping questionnaire for caregiver of bedridden patients. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations, and the relationship between stress and stress coping of bedridden caregivers was found using Pearson's product moment correlation coefficient. The results of the research found that caregivers of bedridden patients had moderate stress (82.50%), follow by mild stress (10.00%) and high stress (7.50%). In terms of stress coping, caregivers of bedridden patients used problem-focused coping and palliative coping equally (relative score = 0.34), whereas emotion-focused coping was the least utilized (relative score = 0.32). The results of the analysis of the relationship between stress and coping of bedridden patient caregivers had a statistically significant relationship ($p < 0.01$). Stress coping had a moderate positive relationship with overall stress coping ($r=0.548$, $p < 0.01$). Stress coping in each aspect had a high positive relationship with coping in the aspect of problem-solving management ($r=0.422$, $p < 0.01$). Stress had a moderate positive relationship with coping in the aspect of emotion management ($r = 0.841$, $p < 0.01$), and stress had a low positive relationship with coping in the aspect of confronting problems ($r=0.253$, $p < 0.01$)

Keywords: Stress, coping, bedridden patient, caregiver

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์และการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและคณะ ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ สนับสนุน และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลา ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน หน่วยงานการเจ้าหน้าที่ และงานจริยธรรมสถาบันบำราศนราดูร ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และกำลังใจแก่ข้าพเจ้า คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบเป็นความรู้แด่ผู้ที่สนใจ และต่อยอดในงานวิจัยเพื่อประโยชน์ในครั้งต่อไป ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.3 สมมติฐานการวิจัย	6
1.4 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	7
1.6 นิยามศัพท์	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	9
2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยติดเตียง	9
2.1.2 การประเมินและจำแนกประเภทของผู้ป่วยติดเตียง	10
2.1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	13
2.1.4 การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง	16
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	26
2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	26
2.2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	27
2.2.3 ผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	28
2.2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	30
2.2.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	33
2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียด	35
2.3.1 ความเครียด (Stress)	35
2.3.2 แบบประเมินความเครียดโรงพยาบาลสวนปรุง (SPST-20)	40
2.3.3 การเผชิญความเครียด (Coping stress) และกลยุทธ์ในการรับมือกับ ความเครียด (Coping strategies)	41
2.3.4 แนวคิดและทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของ لازารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman)	43
2.3.5 การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของจาโลวีก (A. Jalowiec, 1988)	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	
2.3.6 แบบวัดการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS)	54
2.3.7 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แนวทางจัดการและกลยุทธ์	59
2.4 งานวิจัยในประเทศ และต่างประเทศ	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	73
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)	73
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	73
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	73
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	76
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	77
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	77
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	79
4.1 ผลการศึกษา	79
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	87
5.1 สรุปผลการวิจัย	87
5.2 อภิปรายผล	91
5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	100
5.4 ข้อจำกัดในการศึกษา	101
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก	109
ภาคผนวก ก : เอกสารแสดงการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร	110
ภาคผนวก ข : หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย	112
ภาคผนวก ค : เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย	114
ภาคผนวก ง : แบบสอบถามการวิจัย	118
ภาคผนวก จ : รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	126
ประวัติผู้วิจัย	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	79
4.2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามระดับความเครียด	80
4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกระดับความเครียดรายข้อ	81
4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกรายด้าน และโดยรวม	82
4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามระดับ การเผชิญความเครียด	82
4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกการเผชิญความเครียดรายข้อ	83
4.7 ค่าเฉลี่ยคะแนนจริง และคะแนนสัมพัทธ์ ของการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกการเผชิญความเครียดรายด้าน	85
4.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเตียง จำแนกรายด้านและโดยรวม	85

สารบัญภาพ

รูปภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2.1 กรอบทฤษฎีของความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว	52

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในปัจจุบัน สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกับความก้าวหน้าทางสังคมและเศรษฐกิจที่เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้รูปแบบของปัญหาสุขภาพทั้งในระดับโลกรวมถึงประเทศไทยเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน จากอดีตที่โรคติดต่อ (Communicable Diseases: CDs) เช่น โรคระบาดและโรคติดต่อ เป็นสาเหตุหลักของภาวะความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากร แต่ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสูงวัย ได้กลายเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน และก่อให้เกิดภาวะพิการทุพพลภาพของคนทั่วโลกแทน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการอันดับหนึ่งของประชากรโลก (กรมควบคุมโรค, 2566) โดยในประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 71 ของภาวะการเจ็บป่วยของประชากร (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2564) นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยเรื้อรังจากโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ การบาดเจ็บที่สมองและไขสันหลัง ความผิดปกติแต่กำเนิด โรคติดต่อในระบบต่างๆ บัณฑิตเหตุ และโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ (Aysun & Nesrin, 2019) ภาวะทุพพลภาพและบางกรณีอาจนำไปสู่ภาวะผู้ป่วยติดเตียง (Bed ridden) ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถลุกนั่งหรือเดินได้ตามปกติ ต้องนอนพักอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน บุคคลเหล่านี้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้สามารถเกิดได้กับบุคคลทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็ก ผู้ใหญ่จนถึงผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเป็นผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิถีชีวิตและการมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่มีมลพิษ ความเครียดและการทำงานหนักในสังคมที่เร่งรีบ ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้วิวัฒนาการทางการแพทย์ การพัฒนาทางเทคโนโลยีช่วยยืดอายุขัยของผู้ป่วย มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว มีโอกาสประสบกับภาวะโรคเรื้อรังได้มากขึ้น และอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญคือ ความสูงวัยหรือความสูงอายุทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและจิตใจตามอายุ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคข้อเข่าเสื่อม โรคซึมเศร้า ความพิการ และภาวะติดเตียง (เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด และนันท์ทศวัฒน์, 2562)

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะพิการทุพพลภาพ และการเป็นผู้ป่วยติดเตียง (Bed ridden) มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพที่เกิดร่วมกับภาวะสูงวัย การเจ็บป่วยรุนแรง อุบัติเหตุ การบาดเจ็บหรือความพิการแต่กำเนิด (บุษยมาส คันธมาศน์, 2565) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีคะแนนดัชนีการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living index: ADL) ต่ำ อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพ ผู้สูงอายุ, 2564) ซึ่งสะท้อนถึงการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก โดยปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในหลายมิติ ได้แก่ มิติทางร่างกาย ผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด อ่อนเพลียเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อาการเหล่านี้เพิ่มความทุกข์ทรมานและลดคุณภาพชีวิต มิติทางจิตใจ ผู้ป่วยมักมีความ

วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า มิติทางสังคม การพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกแปลกแยกจากสังคมและสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม มิติทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยอาจเผชิญความทุกข์ทรมานภายในที่ยากจะอธิบาย รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นภาระต่อผู้อื่น (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2566) ความทุกข์เหล่านี้ส่งผลต่อความสงบในจิตใจและความมั่นคงทางอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงมักมีความซับซ้อนในด้านสุขภาพ ผู้ป่วยติดเตียงบางรายอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องฟอกไต การใส่ท่ออาหาร หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ที่สอดใส่ในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความรู้สึกไร้ความสามารถหมดคุณค่าและสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล (Caregiver) ซึ่งผู้ดูแลควรได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยลดความกังวลและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยประคับประคองสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิต เช่น การจัดพื้นที่ที่สะดวกสบายและอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยติดเตียง

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของระบบคลังสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ระบุว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเตียง ปี 2563-2565 จำนวน 45,278, 52,806 และ 52,471 คนตามลำดับ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2564) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นถึง 1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (อนิรุจน์ สารกิจ, 2560) โดยคำว่า “ผู้ป่วยติดเตียง” หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถลุกออกจากเตียงได้เนื่องจากข้อจำกัดทางการแพทย์หรือสภาวะทางร่างกาย ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีภาวะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สีกตัว และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้ในบางด้านแต่ไม่เต็มประสิทธิภาพ อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคที่นำไปสู่ความพิการ รวมถึงข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมในหลากหลายมิติ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้จำกัดเพียงการสนับสนุนด้านกายภาพเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เช่น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การลดความเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง รวมถึงปัญหาในระบบทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม อาจช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือในบางกรณีอาจฟื้นตัวได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค อายุ และลักษณะของการดูแลที่ได้รับอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะบทบาทของผู้ดูแล (Care giver) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยติดเตียงถือเป็นความท้าทาย และอาจสร้างแรงกดดันและผลกระทบต่องานในหลายมิติ ดังนี้ ด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจประสบปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนื่องในระยะยาวซึ่งต้องใช้แรงกาย เช่น การยกหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงบางรายอาจละเลยต่อสุขภาพตนเอง เช่น การพักผ่อนนอนหลับที่ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคประจำตัว ด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจสร้างความเครียดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การรับรู้สถานการณ์ของโรคที่ซับซ้อนและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง หรือเสียใจจากความรู้สึกผิดหากคิดว่าตนเองดูแลได้ไม่ดีพอ ขาดการเอาใจใส่ ละเลย เพิกเฉยต่อผู้ป่วย ความเครียดเรื้อรังที่ไม่ได้รับการจัดการอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout) เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (McAdam, Dracup, White, Fontaine & Puntillo, 2012) ด้านสังคม ผลกระทบทางสังคมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องเผชิญ เนื่องจากบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้อื่นมักทำให้ผู้ดูแลมีเวลาน้อยลงสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและขาด

การสนับสนุนทางสังคม สิ่งนี้ยังส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เช่น การจัดการเวลา การขาดเวลาส่วนตัว การลดโอกาสในการเข้าสังคมและสร้างสัมพันธ์กับโลกภายนอก งานวิจัยของ Robinson, Bolduc, Kubos, Starr, & Price (1985) และ Robinson-Smith & Mahoney (1995) ได้ระบุไว้ว่า การลดลงของการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาวด้านบทบาทในครอบครัว บางรายต้องเปลี่ยนบทบาทจากหน้าที่อื่นในครอบครัวมาเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว ซึ่งอาจสร้างความเครียดและแรงกดดันเพิ่มขึ้น ด้านเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว ผู้ดูแลบางรายต้องลางาน ลดเวลาการทำงาน หยุตงานบ่อยเพื่อมาดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์การดูแล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันกลับเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดด้านการเงิน ดังนั้นการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงให้ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังซึ่งสะสมและส่งผลกระทบต่อสมดุลงานร่างกายและจิตใจ ความเครียดนี้อาจแสดงออกในรูปแบบของ ความกดดัน ความไม่สบายใจและความวุ่นวายใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดในระยะยาวสามารถลดทอนความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในที่สุด ด้วยเหตุนี้การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจ การเผชิญความเครียดถือเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคืนสมดุลทางจิตใจและร่างกาย (Lazarus & Folkman, 1984) ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้จำแนกวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็นสองรูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem focused coping) เป็นการพยายามเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง เช่น การค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาก็เป็นรูปธรรม หรือวางแผนเพื่อจัดการกับสถานการณ์ และ 2) การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นการมุ่งเน้นจัดการกับความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความเครียด เช่น การผ่อนคลาย การขอคำปรึกษา หรือการปรับมุมมองเชิงบวกต่อสถานการณ์ ในทางปฏิบัติบุคคลอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้ทั้งสองรูปแบบร่วมกัน ทั้งนี้การเลือกใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับลักษณะของสถานการณ์หรือปัญหาที่ต้องเผชิญในขณะนั้น การส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการสนับสนุนสุขภาวะของทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยในระยะยาว

สถาบันบำราศนราดูร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ โรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ นอกเหนือจากบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคแล้ว สถาบันบำราศนราดูรยังมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา จากสถิติปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของสถาบันบำราศนราดูร เพิ่มขึ้นจาก 458 คน เป็น 599 คน ตามลำดับ (งานสถิติ สถาบันบำราศนราดูร, 2566) โดยโรคที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะติดเตียงที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ และภาวะไตวาย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับบทบาทของผู้ดูแล

ซึ่งมักเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามภาระจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตและสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จากการสังเกตและสัมภาษณ์ของผู้วิจัย ขณะปฏิบัติการพยาบาล พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีความแตกต่างกันไปตามระดับ ภาระของผู้ดูแลและบริบททางครอบครัว เช่น ภาวะทางจิตใจ อารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงบางรายมีระดับ ความเครียดสูงเรื้อรังและมีความเหนื่อยล้า เนื่องจากต้องรับผิดชอบภาระอันหนักหน่วงในการดูแลผู้ป่วย ติดเตียง ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความอดทนลดลงและรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง อาการเหล่านี้อาจส่งผล ให้ใช้คำพูดรุนแรงกับผู้ป่วย แสดงความหงุดหงิด และมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเตียงจำนวนมากบอกล่าว่าตนเองรู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม เนื่องจากไม่มีเวลาออกไปพบปะเพื่อน ถูกแยก ออกจากกิจกรรมทางสังคม และไม่สามารถวางแผนอนาคตของตนเองได้ ความขัดแย้งระหว่างบทบาทของ ผู้ดูแลและบทบาทในที่ทำงาน ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดและความรู้สึกสูญเสียตัวตนใน ชีวิตประจำวัน ผลกระทบทางกายภาพ ความเหนื่อยล้าทางร่างกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากต้องใช้แรงกายในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว การให้อาหาร และการดูแล ด้านสุขอนามัย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาระหนักเกินไปอาจมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปัญหาทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก แม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะ เครียดและภาระที่หนักหน่วง แต่ยังมีผู้ดูแลบางรายที่สามารถปรับตัวและพัฒนาทัศนคติที่เป็นบวกต่อบทบาท ของตนเองได้ เช่น การมองว่าการดูแลเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ควรทำเพื่อ แสดงความกตัญญูต่อบุพการี การพัฒนาความสามารถในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการฝึกอบรมและ สนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถพัฒนาทักษะการดูแลและลดภาระทางจิตใจลงได้ การได้รับการ สนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนทำให้สามารถปรับตัว ต่อภาระการดูแลได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่าภาระการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อสุขภาพ กาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต การประเมินระดับความเครียด การเผชิญกับความเครียด และความต้องการของ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาแผนการสนับสนุนที่เหมาะสม การให้คำปรึกษา การจัด กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน และการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตเป็นแนวทางที่สามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติด เตียง โดยเฉพาะในกระบวนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม โดยการประเมินนี้ดำเนินการในระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะรับใหม่ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล เครื่องมือสำคัญ ที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม พื้นฐาน เช่น การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ข้อมูลจาก แบบประเมินนี้เป็นแนวทางสำคัญในการวางแผนการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว การดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Caregivers) มีความสำคัญ ไม่ต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญภาระหนักทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งมีความท้าทายจากภาระงานที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วย การรับมือกับปัญหา ทางอารมณ์ของผู้ป่วยและความกดดันจากความรับผิดชอบที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดสะสม เรื้อรัง และเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและ คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ในมิติทางกายภาพ ความเครียดเรื้อรังอาจนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue) ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในด้านจิตใจ ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระหนักอาจประสบกับภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกหมดไฟในการทำงาน (Burnout) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเอง ผลกระทบจากความเครียดยังส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง (Bedridden Patients) ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีระดับความเครียดสูงประสิทธิภาพในการดูแลอาจลดลง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยการประเมินระดับความเครียดซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาแผนการดูแลที่เหมาะสม การประเมินนี้สามารถทำได้ผ่านการสังเกตอาการและการสัมภาษณ์โดยการใช้เครื่องมือ เช่น แบบสอบถามหรือการประเมินโดยตรงจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้พยาบาลสามารถเข้าใจถึงระดับความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ การประเมินดังกล่าวนี้สามารถช่วยให้พยาบาลระบุความจำเป็นในการให้ความช่วยเหลือ และสร้างแผนการดูแลที่ช่วยลดความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากการประเมินระดับความเครียดแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษา (Counseling) เกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การฝึกการหายใจลึก (Deep Breathing Exercises) กิจกรรมการยืดเหยียด (Stretching Exercises) การออกกำลังกายเบา ๆ (Gentle Physical Exercise) การทำสมาธิ (Mindfulness Meditation) หรือการหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น ศิลปะบำบัด (Art Therapy) การฟังเพลงบำบัด (Music Therapy) การเขียนบันทึกหรือระบายความรู้สึก (Journaling) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดได้ ลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและส่งเสริมคุณภาพชีวิต พยาบาลสามารถจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน (Support Group) ที่สร้างโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเข้าใจในการดูแลตัวเองและตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูจิตใจ การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการช่วยลดความเครียดและยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อพัฒนามาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและการจัดการกับความเครียดจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล และลดภาระทางจิตใจ นอกจากนี้ควรมีการจัดหาทรัพยากรและเครื่องมือช่วยเหลือที่เพียงพอ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย หรือการให้บริการช่วยเหลือในกรณีจำเป็น การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาหรือการเข้าร่วมเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ของผู้ดูแล การพัฒนาแนวทางบริหารจัดการที่ครอบคลุมและเหมาะสมต่อบริบทของผู้ดูแลจะช่วยลดภาระทั้งทางกายและจิตใจ ส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลเชิงบวกต่อระบบสุขภาพโดยรวมในระยะยาว

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด เช่น ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการประคับประคองสภาพร่างกายของผู้ป่วย ภาระหน้าที่ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดสะสมในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีสาเหตุจากความเหนื่อยล้าทางร่างกาย ความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดจากการเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และแรงกดดันจากความรับผิดชอบที่ต้องแบกรับอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงสนใจศึกษาการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยนำทฤษฎี

ความเครียด การเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวทางการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร เพื่อวิเคราะห์ภาระที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ และกลยุทธ์ในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจระดับความเครียด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดและรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้ในการปรับตัว ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาลและการจัดบริการสนับสนุนที่เหมาะสม ช่วยลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เสริมสร้างสุขภาวะในระยะยาว และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาระดับความเครียดและระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

1.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

1.4 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวทางการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) เป็นแนวทางในการอธิบายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และกระบวนการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้ในการปรับตัวต่อสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทการดูแล โดยแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายว่า ความเครียดเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจทำให้บุคคลรับรู้สถานการณ์นั้นเป็นภัยคุกคาม ความสูญเสีย หรือความท้าทายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความเครียดมักเกิดจากภาระในการดูแลเป็นระยะเวลานาน ความซ้ำซากของกิจกรรมการดูแล การจัดการกับอาการของผู้ป่วย และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด การปรับตัวจะเกิดขึ้นตามกระบวนการที่ลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) ได้อธิบายไว้ว่า การเผชิญปัญหาสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธีหลัก ได้แก่ 1) Problem-Focused Coping เป็นการจัดการกับปัญหาที่เป็นต้นเหตุของความเครียดผ่านการวางแผน ค้นหาวิธีการแก้ไข และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเครือข่ายสนับสนุน 2) Emotion-Focused Coping เป็นการจัดการกับอารมณ์ของตนเองเพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ หรือการใช้วิธีคิดบวก ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดระดับความเครียดของผู้ดูแล ช่วยให้สามารถปรับตัวและดำเนินบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตามแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะใช้กลไกการเผชิญความเครียด (Coping Mechanisms) แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การเผชิญปัญหาโดยตรง (Confrontive Coping) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาด้วยการหาข้อมูล ขอคำแนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรับมือกับภาระในการดูแล 2) การจัดการอารมณ์ (Emotive Coping) เป็นการควบคุมอารมณ์และลดความวิตกกังวลผ่านวิธีการ เช่น การผ่อนคลาย การพูดคุยกับผู้อื่นหรือการหันไปพึ่งพากิจกรรมที่ช่วยให้รู้สึกดีขึ้น 3) การเผชิญปัญหาแบบประคับประคอง (Palliative Coping) ซึ่งเป็นการบรรเทาความเครียดโดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหา

ที่ต้นเหตุ เช่น การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งหรือพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กรอบแนวคิดนี้อธิบายว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นความเครียด และเลือกใช้ กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล หากผู้ดูแลสามารถเลือกใช้ กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และได้รับ แรงสนับสนุนจากสังคม ก็จะสามารถ ลดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง



รูปภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 3/3 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5/5 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 7/6 สถาบัน บำราศนราดรุณ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงแผนกอายุรกรรม ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.2567 จำนวน 118 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

1.6 นิยามศัพท์

ความเครียด หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อันเกิดจากความรู้สึกไม่สบายใจ ลำบากใจ หรือทุกข์ใจ เนื่องมาจากภาระและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย สภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว และภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

การเผชิญความเครียด หมายถึง การตอบสนองทางกาย อารมณ์ และจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในการรับมือกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาความเครียดและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการคิดวิเคราะห์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การหาทางออกที่เหมาะสม การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก รวมถึงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเครียด ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งลักษณะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งหมายถึง การพยายามควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการหาทางแก้ไขและคิดหาวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว 2) การจัดการกับอารมณ์ ซึ่งหมายถึง การพยายามจัดการหรือควบคุมความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความรู้สึกทุกข์หรือไม่สบายใจ โดยการแสดงออกถึงอารมณ์หรือการระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น และ 3) การจัดการบรรเทาปัญหา ซึ่งหมายถึง วิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น ตามกรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากโรคหรือความบกพร่องของระบบประสาท กล้ามเนื้อหรือโครงสร้างร่างกาย โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีคะแนนดัชนีการทากิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) อยู่ในช่วง 0-4 ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา และต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่นหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยติดเตียงมีความเสี่ยง

สูงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) ภาวะปอดอักเสบ ภาวะไตวายและการเกิดแผลกดทับ ซึ่งในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคเมเร็ง

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่มีหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป และผู้ป่วยติดเตียงที่ดูแลมีคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living index: ADL) อยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน ผู้ดูแลอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลเน้นการช่วยเหลือโดยสมัครใจ โดยไม่มีการรับค่าตอบแทนในรูปแบบของค่าจ้างหรือรางวัล แต่เป็นการดูแลเพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 องค์การการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานการพยาบาลเพื่อป้องกันและบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วยในองค์กรพยาบาล

1.7.2 พยาบาลทราบถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาล เข้าใจความเครียดที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องเผชิญ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดเตียง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.7.3 เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและสมาชิกครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจสภาพจิตใจของผู้ป่วย และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.7.4 การดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังกลับบ้านมีความปลอดภัย โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 3/3 หอผู้ป่วย อายุรกรรม 5/5 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 7/6 สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยติดเตียง

2.1.2 การประเมินและจำแนกประเภทของผู้ป่วยติดเตียง

2.1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.1.4 การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2.3 ผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียด

2.3.1 ความเครียด

2.3.2 แบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง

2.3.3 การเผชิญความเครียด (Coping stress) และกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (Coping strategies)

2.3.4 แนวคิดและทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman)

2.3.5 การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของจาโลวicz (A. Jalowiec, 1988)

2.3.6 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แนวทางจัดการและกลยุทธ์

2.4 งานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย และการช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถลุกนั่งหรือเดินได้ตามปกติ ต้องอาศัยการนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ศิริจันทร์ งามทอง และแอน ไทยอุดม, 2567)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอจนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง ซึ่งบางรายอาจไม่มีสติหรือไม่รู้สึกร่างกาย ขณะที่บางรายสามารถขยับตัวได้บ้างแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือได้เพียงบางเรื่อง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา มักเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การประสบอุบัติเหตุ หรือการเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ (โอภาส อัสวโรจน์พงษ์, 2563)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการเคลื่อนย้าย และการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ รวมถึงมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน และมักมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากมีโรคเรื้อรังหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีความพิการ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง หรืออาจมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลระยะยาวในช่วงชีวิต (ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล, 2557)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเตียง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน โดยไม่สามารถลุกนั่งหรือเดินได้ตามปกติ ต้องอาศัยการนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สาเหตุของการเกิดภาวะนี้มักเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือการเข้ารับการผ่าตัดครั้งใหญ่ ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะไม่รู้สีกตัวหรือมีข้อจำกัดด้านความสามารถทางกายภาพอย่างรุนแรง ซึ่งส่งผลให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่นหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในระยะยาว

2.1.2 การประเมินและจำแนกประเภทของผู้ป่วยติดเตียง (บุษยมาส คันธมาศน์, 2565)

ในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยติดเตียงถือเป็นความท้าทายสำคัญในระบบสาธารณสุขและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักประสบกับข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างปกติ การให้การดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity Daily Living index: ADL) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งช่วยในการจำแนกประเภทของผู้ป่วยติดเตียง เพื่อกำหนดแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล การใช้ดัชนีชี้วัดนี้มีความสำคัญเนื่องจากสามารถสะท้อนถึงสุขภาพกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงระดับการพึ่งพิงในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ดัชนี Barthel ADL ใช้ประเมินจาก 10 กิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด การแต่งกาย การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การลุก-นั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ การเดิน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร รวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทางเพื่อจัดการธุระส่วนตัว การซื้อของหรือจัดหาสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการเงิน การทำความสะอาดบ้านหรือที่อยู่อาศัย การเตรียมหรือหุงหาอาหาร โดยผลจากการประเมินดัชนี Barthel ADL จะถูกนำไปใช้ในการจำแนกผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้บางส่วนและผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลตลอดเวลา

2.1.2.1 การประเมินและจำแนกระดับผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลในการจัดกลุ่มผู้ป่วย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว (Feeding) โดยมีข้อคะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 ตักอาหารรับประทานเองไม่ได้ ต้องมีคนป้อนให้ คะแนน 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วยใช้ช้อนตักเตรียมเตรียมไว้ให้ หรือตักเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า คะแนน 2 ตักอาหารรับประทานเองได้ตามปกติ

2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming) ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยมีข้อคะแนน 0-1 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 ต้องการความช่วยเหลือ และคะแนน 1 ทำได้เอง

(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfers) โดยมีข้อคะแนน 0-3 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องมีคน 2 คน ช่วยยกขึ้น คะแนน 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น มีคนช่วยเหลือ 2 คน (คนทั่วไป) หรือ 1 คน (คนที่มีความทักษะ/แข็งแรง) จึงจะนั่งอยู่ได้ คะแนน 2 ต้องมีคนช่วยพยุงเล็กน้อยหรือดูแลเรื่องความปลอดภัย และคะแนน 3 ทำได้เอง

4) การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) โดยมีข้อคะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 ช่วยตนเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย คะแนน 1 ทำเองได้บ้าง (สามารถทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง คะแนน 2 สามารถช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้) ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) โดยมีข้อคะแนน 0-3 คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยเหลือทั้งหมด ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ คะแนน 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ คะแนน 2 เดินได้แต่ต้องมีคนช่วยบอกหรือพยุงเพื่อความปลอดภัย และคะแนน 3 เดินได้เอง

6) การสวมเสื้อผ้า (Dressing) โดยมีข้อคะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 ต้องมีคนช่วยสวมเสื้อผ้าให้ทั้งหมด ช่วยตัวเองไม่ได้ คะแนน 1 ต้องมีคนช่วยใส่เสื้อผ้าอย่างน้อยร้อยละ 50 คะแนน 2 ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่ต้องมีคนช่วย (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7) การขึ้นบันได 1 ชั้น (Stairs) โดยมีข้อคะแนน 0-2 ได้แก่ คะแนน 0 ไม่สามารถขึ้นบันไดได้ คะแนน 1 ต้องมีคนช่วยจึงจะสามารถขึ้นบันไดได้ และคะแนน 2 ขึ้นลงได้เองหรือขึ้นลงบันไดได้โดยใช้ Walker

8) การอาบน้ำ (Bathing) โดยให้คะแนน 0-1 ได้แก่ คะแนน 0 อาบน้ำเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยทำให้ และคะแนน 1 อาบน้ำได้เอง

9) การกลั้นอุจจาระ (Bowels) ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้คะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 กลั้นไม่ได้ต้องสวนอุจจาระช่วย คะแนน 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และคะแนน 2 กลั้นได้เป็นปกติ

10) การกลั้นปัสสาวะ (Bladder) ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้คะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวน คะแนน 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และคะแนน 2 กลั้นได้ปกติ

การแปลผล Barthel ADL มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มหลักตามระดับความสามารถ

1. กลุ่มติดสังคม (ADL ≥ 12 คะแนน) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับหนึ่ง และมีความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ต้องการการสนับสนุนเพียงเล็กน้อยในกิจวัตรประจำวัน

2. กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรบางอย่าง และต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง

3. กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีข้อจำกัดรุนแรงในความสามารถในการทำกิจวัตร ต้องการการดูแลใกล้ชิดและต่อเนื่องในทุกกิจกรรม

ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลหรือผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลารวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพและลดระดับการพึ่งพิงได้ตามศักยภาพของตนเอง อีกทั้งยังเป็นแนวทางสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินดังกล่าวจึงไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม แต่ยังช่วยลดภาระของผู้ดูแลในระยะยาว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.1.2.2 ประเภทของผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดเตียงแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลักตามสาเหตุของการเจ็บป่วย

1) ผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุในรูปแบบต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องพักรักษาตัวบนเตียงเป็นเวลานานเนื่องจากกระบวนการรักษาหรือการพักฟื้นร่างกาย ระยะเวลาของการเป็นผู้ป่วยติดเตียงอาจสั้นหรือยาวขึ้นอยู่กับลักษณะของอาการเจ็บป่วย เช่น การผ่าตัดใหญ่ที่ต้องการการพักฟื้นเป็นเวลานาน หรือความพิการจากอุบัติเหตุรุนแรง สามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1) ผู้ป่วยระยะสั้น คือ ผู้ป่วยติดเตียงจากการเกิดอุบัติเหตุระยะสั้น โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะนอนติดเตียงในระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น และสามารถฟื้นตัวจนกลับมาใช้ชีวิตปกติได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูหลังการผ่าตัดเล็กหรือกระดูกหักบางส่วนที่สามารถรักษาได้เร็ว

1.2) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด คือ ผู้ป่วยติดเตียงจากการเกิดอุบัติเหตุที่ต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการฟื้นฟูด้วยการทำกายภาพบำบัด ระยะเวลาการรักษาไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับลักษณะของการบาดเจ็บ เช่น การผ่าตัดเส้นเอ็นที่เข้าที่ต้องทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3) ผู้ป่วยถาวร คือ ผู้ป่วยติดเตียงจากการเกิดอุบัติเหตุจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และจำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยติดเตียงไปตลอดชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถยนต์จนเกิดความผิดปกติของสมองและร่างกาย หรือผู้ที่เป็นอัมพาตจากการกระทบกระเทือนทางสมอง

2) ผู้ป่วยจากความพิการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดจากความผิดปกติทางร่างกายหรือสมองตั้งแต่กำเนิด เช่น ผู้ที่มีแขนขาพิการหรือหัวใจ ผู้ป่วยลักษณะนี้มักไม่สามารถดูแลตัวเองได้หรือดูแลตัวเองได้น้อยมาก จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ

3) ผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ผู้ที่ติดเตียงเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ สาเหตุการเจ็บป่วยอาจเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคกระดูกพรุน โรคชรา หรือโรคอัมพาต โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ

2.1.2.3 ระดับของผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดเตียงสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับตามความรุนแรงของอาการ (ศิริจันทร์ งามทอง และแอนไทยอุดม, 2567)

1) ผู้ป่วยติดเตียงระดับสีเขียว เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับเริ่มต้นไปจนถึงปานกลาง อาการยังไม่รุนแรง ยังคงมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วน เช่น การลุกนั่งหรือขยับแขนขา สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางประการ เช่น การรับประทานอาหารหรือการแต่งตัว อาจมีภาวะทางสมองหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่ต้องได้รับการดูแล การทำกายภาพบำบัดเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ควรได้รับการดูแลติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันไม่ให้อาการทรุดลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่จำเป็นต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์มากนัก แต่ควรได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันที่ยังไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

2) ผู้ป่วยติดเตียงระดับสีเหลือง เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ หรือสามารถเคลื่อนไหวได้เพียงบางส่วนเท่านั้น มักมีภาวะอัมพฤกษ์หรืออาการผิดปกติทางระบบประสาท ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้ ร่างกายอยู่ในภาวะถดถอย อาจเกิดจากโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุขนาดใหญ่ จำเป็นต้องนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานาน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในส่วนต่างๆ ของร่าง การติดเชื้อเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินอาหาร หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสื่อมสภาพทางร่างกายและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

3) ผู้ป่วยติดเตียงระดับสีแดง เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่สามารถขยับร่างกายหรือพลิกตัวได้เลย และบางครั้งไม่สามารถลุกขึ้นนั่งหรือเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ซึ่งอาจมีอาการที่ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวบางครั้งเท่านั้น และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การเจาะคอเพื่อช่วยในการหายใจ หรือการให้ออกซิเจนเพื่อรักษาสภาพร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อจากเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การใส่สายสวนปัสสาวะ ควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพอย่างละเอียด เช่น การตรวจระดับออกซิเจนในเลือด และการดูแลทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจของผู้ป่วยเพื่อสร้างกำลังใจ ความสบายใจให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน การดูแลจึงจำเป็นต้องมีทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ประกอบไปด้วยพยาบาล แพทย์ และนักกายภาพบำบัดที่คอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การปรับท่าทางและการให้การรักษาทันทีทางการแพทย์ที่ถูกต้องจะช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาสุขภาพของผู้ป่วยและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเตียงสามารถจำแนกตามสาเหตุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ ความพิการและโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สีเขียว (ระดับเริ่มต้น) สีเหลือง (ระดับปานกลาง) และสีแดง (ระดับรุนแรง) ผู้ป่วยติดเตียงแต่ละกลุ่มมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันตามสาเหตุของการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุอาจฟื้นฟูกายได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ส่วนผู้ป่วยจากความพิการและโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง มักต้องการการดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระดับสีเหลืองและสีแดง ซึ่งต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตและป้องกันการเสื่อมสภาพทางร่างกาย ซึ่งแต่ละระดับต้องการการดูแลที่เหมาะสมและการฟื้นฟูกายภาพที่แตกต่างกัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความหลากหลายในลักษณะการดำเนินงาน ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของสถานพยาบาล พื้นที่ จังหวัดและประเทศ ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างดังกล่าว ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย หน่วยงานผู้ให้บริการ สิทธิการรักษาพยาบาล ความต้องการของผู้ป่วย สภาพสังคม และความพร้อมของระบบสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ทำให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่หลากหลาย ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนี้ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Delivery Modes) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจมีความคาบเกี่ยวและซ้อนทับการให้บริการหรือการดูแลรักษาพยาบาลในรูปแบบอื่น เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคระยะเฉียบพลัน (Acute care) การดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care) การดูแลระยะยาว (Long-term care) และการดูแลที่บ้าน Home health (care) โดยรูปแบบการจัดบริการที่พบในประเทศไทยมีทั้งที่เป็นบริการผู้ป่วยใน บริการผู้ป่วยนอกและบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นหลักการ 6 ประการ ดังนี้ (วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2566)

- 1) การให้การดูแลตามหลักของการดูแลประคับประคอง การดูแลต้องอ้างอิงหลักวิชาการที่ได้จากการฝึกอบรม แนวทางเวชปฏิบัติ และมาตรฐานทางการพยาบาลที่มีการเผยแพร่จากสถาบันที่เชื่อถือได้
- 2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษา วางเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงสร้างสรรค์วิธีการและรายละเอียดของการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้เกิดแผนการดูแลที่เหมาะสมกับบุคคล
- 3) การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสุขภาพประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา โดยอาจทำงานร่วมกับแพทย์ผู้รักษาเดิม หรือให้การดูแลแทนผ่านการส่งปรึกษาหรือส่งต่อ กระบวนการดูแลครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในมิติต่างๆ ทั้งทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณมากกว่าการรักษาแบบเดิม

4) บทบาทของผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิด ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยพักอาศัยที่บ้านหรือในชุมชน และบทบาทอาจลดลงเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล

5) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สถานที่ดูแลผู้ป่วยควรมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สงบ และเป็นส่วนตัว เพื่อสร้างความสะดวกสบายและบรรยากาศที่ใกล้เคียงกับบ้าน ข้อจำกัดในสถานพยาบาลและบ้านของผู้ป่วยอาจส่งผลต่อการดำเนินการด้านนี้

6) เน้นคุณภาพชีวิตและความสุข การมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความสุขของผู้ใกล้ชิด โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการควบคุมอาการ จัดกิจกรรม และประเมินผลการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.1.3.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระบบสุขภาพ

สามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบหลัก (ปิยวรรณ โศภผลาภรณ์, 2559) ดังนี้

1) รูปแบบการดูแลในโรงพยาบาล (Hospital-based Service) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลเป็นบริการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกือบตลอดเวลาหรืออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง รูปแบบนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- ระบบทีมให้คำปรึกษา (Consultation Team) บริการนี้จัดขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมหลักประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง พร้อมด้วยนักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา จิตอาสา และพระภิกษุ และทีมทำงานร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้คำปรึกษา การประเมินสถานการณ์ การเยี่ยมเยียน การรับปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งข้อดี คือ ใช้บุคลากรน้อย และไม่จำเป็นต้องมีสถานที่เหมือนการดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะ โดยการให้บริการอาจมีความแตกต่างกันตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการรับปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมประเมินผู้ป่วย รับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ ดูแลร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ จนถึงรับการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ จุดแข็งของรูปแบบการให้คำปรึกษา คือ การช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจและการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- หน่วย/หอผู้ป่วยในแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward) หน่วยหรือหอผู้ป่วยในแบบประคับประคอง เป็นหน่วยการดูแลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ โดยพื้นที่ดังกล่าวอาจจัดเป็นหอผู้ป่วยที่ออกแบบมาเพื่อการดูแลประเภทนี้โดยเฉพาะ หรือเป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยทั่วไปที่จัดพื้นที่หรือมุมเฉพาะให้สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในหน่วยนี้ มักเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการยากต่อการควบคุม มีอาการที่ยากต่อการควบคุม ครอบครัวที่ประสบความทุกข์รุนแรง และต้องการการสนับสนุนดูแลที่มากกว่าปกติ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป้าหมายของการดูแลเปลี่ยนจากการรักษาโรคไปเป็นเป็นสร้างความสุขสบาย บรรเทาอาการ ความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลักษณะสำคัญของหน่วย/หอผู้ป่วยในแบบประคับประคอง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมมีการจัดพื้นที่ให้มีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบ และเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ จิตอาสา และพระสงฆ์ ซึ่งทุกคนได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้ จุดแข็งของรูปแบบการดูแลนี้ คือ ผู้ป่วยติดเตียงที่มีความซับซ้อนของปัญหาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ สามารถควบคุมและบรรเทาอาการได้ดี ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

หน่วยงานนี้สามารถใช้เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษา การฝึกอบรม การวิจัย และกิจกรรมของจิตอาสา ซึ่งช่วยพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

2) รูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) สถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือฮอสพิซ (Hospice) เป็นสถานที่พักฟื้นสำหรับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่มีเวลาเหลือน้อย ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัคร แนวคิดของแนวคิดของฮอสพิซเน้นให้ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าจะต้องเสียชีวิต เช่น ในกรณีของมะเร็งระยะสุดท้าย โรคเอดส์ระยะสุดท้าย หรือในผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงการยืดชีวิตด้วยการนอนป่วยในโรงพยาบาลที่มีการใช้เครื่องช่วยชีวิตและมีการเชื่อมต่อกับเครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิด ซึ่งอาจทำให้ชีวิตช่วงสุดท้ายไม่เป็นไปตามธรรมชาติ การดูแลแบบฮอสพิซจึงเน้นที่ทำให้คุณภาพชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย ผ่านการบรรเทาอาการและควบคุมความเจ็บปวด โดยไม่มุ่งเน้นการรักษาให้หายขาด แต่จะให้ความสำคัญกับการทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะเดียวกัน การให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการตอบสนองความต้องการอย่างครบถ้วนในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจ จุดเด่นของฮอสพิซ คือ การดูแลแบบองค์รวมที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนกระทั่งถึงช่วงท้ายของชีวิต ซึ่งต่างจากแนวคิดการพยาบาลในกระแสหลัก ที่มักเน้นการต่อสู้กับความตายด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และการรักษาวิทยาศาสตร์ที่มุ่งเน้นการยืดอายุชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุด ผลการดูแลในรูปแบบนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาลกึ่งบ้านมีการจัดการควบคุมอาการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การใช้เวลาในโรงพยาบาลลดลง การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียูลดลง การทำหัตถการที่การรุนแรงในระยะท้ายของชีวิตลดลง และมีค่าใช้จ่ายที่ลดลง อย่างไรก็ตาม การดูแลในฮอสพิซมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนเตียงที่จำกัด ซึ่งทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ได้ในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น

3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home-based/community base care) รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน มีแนวคิดเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงการดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เป้าหมายหลักคือการให้การดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตอย่างอิสระ และการรักษาคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การบริการในรูปแบบนี้อาจได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น โรงพยาบาลในชุมชน หรือการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล และอาสาสมัครจากชุมชน อาทิเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่ การดูแลอาจรวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพ การจัดการเพื่อควบคุมอาการ การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมงานประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครจากชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการให้บริการในลักษณะนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพในบริบทของครอบครัวและชุมชน

4) รูปแบบการดูแลที่ดำเนินการดูแลโดยองค์กรทางศาสนา (Religious-based organization) การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์กรทางศาสนา เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโดยผสมผสานการแพทย์ทางเลือกเข้ากับการดูแลแบบองค์รวม จุดเด่นสำคัญของการดูแลรูปแบบนี้ คือ การใช้ธรรมะบำบัดเพื่อเยียวยาจิตใจ และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งช่วยให้เกิดความสงบสุขและความเข้มแข็งทางอารมณ์ในช่วงเวลาที่เผชิญกับความเจ็บป่วยหรือภาวะใกล้เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดูแลในลักษณะนี้อาจเผชิญข้อจำกัดในหลายด้าน ได้แก่

- บุคลากรทางการแพทย์ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- ทุนทรัพย์และทรัพยากร การจัดหาเงินทุนและทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงยา โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง
- การสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน การขาดการสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากหน่วยงานภายนอก

เพื่อให้การดูแลโดยองค์ทางศาสนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จำเป็นต้องมีการสนับสนุนในหลายด้าน ได้แก่

- บุคลากรหมุนเวียน จัดบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในองค์กร
- ทรัพยากรและเวชภัณฑ์ จัดสรรทรัพยากร ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

- การปฏิรูปกฎหมาย สนับสนุนการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้สะดวก ไม่ว่าจะอยู่ในสถานบริการหรือองค์กรใด

การสนับสนุนดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงของการดูแลแบบประคับประคองโดยองค์ทางศาสนา ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และมีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

โดยสรุป แม้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงแบบประคับประคองจะมีการพัฒนาเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังหรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ในระยะแรกการดูแลยังคงมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นหลัก และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ หากไม่มีการพัฒนากลไกเพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลที่มีคุณภาพ การดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย อาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ การบูรณาการและการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพรูปแบบอื่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

2.1.4 การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง (Bedridden Patients Nursing Care)

การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากอาการบาดเจ็บรุนแรง ภาวะสูงอายุ หรือผู้ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ การดูแลป้องกันผู้ป่วยติดเตียงนั้นต้องการการพยาบาลที่มีความเอาใจใส่ และดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย และป้องกันภาพแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง โดยการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) เพื่อให้การพยาบาลมีความสอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

2.1.4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มีแนวคิดหลักว่า เมื่อบุคคลมีภาวะเปราะบางทางสุขภาพและมีความพร่องในการดูแลตนเอง ส่งผลทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ การขาดความสามารถในการดูแลตนเองนี้สามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ความเจ็บป่วยรุนแรง การบาดเจ็บ ภาวะทางจิตใจ หรือการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานต่างๆ ได้โดยอิสระ ดังนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพร่องในการดูแลตนเองในหลายด้าน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยที่สำคัญ ได้แก่

1) **ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)** ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการรักษาสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว และการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูร่างกาย เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย

2) **ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit)** ทฤษฎีนี้กล่าวถึงสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากมีภาวะที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น ความเจ็บป่วยรุนแรง การบาดเจ็บ หรือภาวะทางจิตใจที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ในกรณีนี้ บุคคลจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นเพื่อทดแทนการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง

3) **ทฤษฎีระบบพยาบาล (The Theory of Nursing Systems)** ทฤษฎีนี้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยทฤษฎีนี้จะใช้ในการวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทฤษฎีนี้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระบบหลัก ได้แก่

3.1) **ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)** เป็นแนวทางการพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีภาวะพร้อมสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การพยาบาลในระบบนี้จึงมุ่งเน้นการทดแทนการขาดความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองโดยการให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่จากพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องการระบบทดแทนทั้งหมด ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในรูปแบบของระบบทดแทนทั้งหมดมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือสภาวะที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างอิสระ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ พยาบาลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง เช่น การพลิกตัวบนเตียง การเคลื่อนไหวข้อต่อ การจัดทำทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการช่วยเหลือในกิจกรรมพื้นฐานต่างๆ

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจมีภาวะจิตใจที่ไม่สามารถรับรู้หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตหรือผู้ที่ไม่สามารถรู้สึกตัวได้ พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการดูแลทั้งหมด และทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้อาหารในปริมาณที่เหมาะสม การให้การดูแลด้านสุขอนามัยส่วนตัว และการช่วยเหลือในการจัดการขับถ่าย เป็นต้น

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความตั้งใจผู้ป่วยบางรายอาจรับรู้ได้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือสังเกตและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้บ้าง แต่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความตั้งใจ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บหรือภาวะที่จำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยที่ใส่เฝือกหรือผู้ป่วยที่มีกระดูกหักในส่วนของร่างกาย พยาบาลจะต้องช่วยในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระดับที่เป็นไปได้

การพยาบาลในระบบทดแทนทั้งหมด

พยาบาลจะต้องทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยการทดแทนภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เช่น กล้ามเนื้อฝ่อ ข้อต่อกระดูก

หรือแผลกดทับ

- การสอนและช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว พยาบาลจะต้องสอนและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง เช่น การวางแขนที่ถูกต้อง การฝึกการนวดกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวข้อต่ออย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อฝ่อและข้อต่อกระดูกที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน
- การทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การยกมือขึ้นในท่านอน การทำท่าสะพาน การพลิกตัวบนเตียง การฝึกนั่ง เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้อาการกล้ามเนื้อของผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและสามารถฟื้นตัวจากการจำกัดการเคลื่อนไหวในระยะยาว
- การดูแลด้านอาหารและโภชนาการ พยาบาลจะให้ความสำคัญกับอาหารของผู้ป่วย โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางหากจำเป็น หรือการช่วยเหลือในการรับประทานอาหารด้วยตนเองในกรณีที่ทำได้
- การดูแลด้านการขับถ่าย พยาบาลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยปัสสาวะและอุจจาระตามปกติ และให้ความสำคัญกับสุขอนามัยในการดูแลพื้นที่ต่างๆ เช่น การทำความสะอาดผิวหนัง การดูแลบริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ
- การป้องกันและดูแลความปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยในระบบทดแทนทั้งหมดยังต้องมีการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น การป้องกันการหกล้ม การลดความเสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ การจัดทำทางที่เหมาะสมในระหว่างการนอนหรือการนั่ง รวมถึงการดูแลป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการใช้อุปกรณ์ช่วยในการดูแล

ระบบทดแทนทั้งหมดเป็นระบบการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากภาวะจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจ โดยพยาบาลจะมีบทบาทในการทดแทนความสามารถที่ขาดหายไปในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งการทดแทนนี้จะครอบคลุมการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การเคลื่อนไหว การดูแลด้านสุขอนามัย การให้อาหารและโภชนาการ ไปจนถึงการดูแลด้านการขับถ่ายและการป้องกันอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจำกัดการเคลื่อนไหว

3.2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partially Compensatory Nursing System) ระบบทดแทนบางส่วนเป็นระบบการพยาบาล ที่เน้นการให้ความช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง รวมถึงการเสริมสร้างความมั่นใจและสนับสนุนทางจิตใจ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพและเพิ่มความมั่นใจในระยะยาว ระบบนี้มีจุดเด่นที่การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสมกับความสามารถ ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดส่วนตัว หรือการเคลื่อนไหวในระดับพื้นฐาน และพยาบาลมีบทบาทสนับสนุนและชดเชยให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง โดยเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวบางส่วน เช่น ผู้ป่วยที่ฟื้นตัวหลังการผ่าตัดหรือผู้ที่มีอาการปวดหรือบาดเจ็บซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวบางส่วน แต่ยังสามารถดำเนินกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยความช่วยเหลือ
- ผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การจัดการสุขอนามัย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์
- ผู้ป่วยที่ขาดความพร้อมทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลต่อแรงจูงใจและความสามารถในการฝึกฝนตนเอง

การพยาบาลในระบบทดแทนบางส่วน

- การฝึกทักษะการดูแลตนเอง พยาบาลจะฝึกผู้ป่วยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น การแต่งตัว การหิ้วม การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ โดยเริ่มจากการสอนขั้นตอนที่ง่ายและปลอดภัยที่สุดก่อน แล้วจึงเพิ่มความซับซ้อนเมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น
- การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ยากเกินไป พยาบาลจะให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การช่วยใส่เสื้อผ้า การดูแลความสะอาดส่วนตัวในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก หรือการช่วยรับประทานอาหารด้วยอุปกรณ์เสริม
- การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ พยาบาลจะให้ความสนใจและชมเชยความก้าวหน้าของผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอน โดยช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับการดูแลตนเองในอนาคต
- การใช้เครื่องช่วยในการทำกิจกรรม พยาบาลจะแนะนำและสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน เก้าอี้อาบน้ำ หรืออุปกรณ์ช่วยจับ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างสะดวกและปลอดภัย
- การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง พยาบาลจะจัดการฝึกซ้อมกิจกรรมที่ต้องการการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เช่น การยืดแขนขา การเดินระยะสั้น หรือการฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความแข็งแรงและความคล่องตัว

ระบบทดแทนบางส่วน เป็นการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้เอง แต่ยังคงต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลในการทำกิจกรรมที่ยากเกินไป เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพยาบาลที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ผ่านการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งให้คำแนะนำและการสนับสนุนทางจิตใจที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

3.3) ระบบสนับสนุน (Supportive-Educative Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้บางส่วน แต่ยังคงต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ระบบนี้มุ่งเน้นการให้ความรู้และการฝึกฝนทักษะเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ระบบดังกล่าวมักนำมาใช้กับผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ยังสามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง

การพยาบาลในระบบสนับสนุน

หลักการสำคัญในระบบสนับสนุน คือ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องประเมินความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน เพื่อออกแบบแผนการสนับสนุนที่เหมาะสม การให้กำลังใจ การสนับสนุนเชิงบวกและการให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถของตนเอง และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกว่าเขาสามารถมีอำนาจในการจัดการชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยในหลายมิติ ดังนี้

- การให้ความรู้ (Educational support) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการจัดการยาที่ต้องใช้ การจัดเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การจัดทำทางารนอนที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ
- การฝึกอบรมทักษะ (Skill training) ฝึกอบรมทักษะในชีวิตประจำวัน เช่น การฝึกสอน

ผู้ป่วยในการทำมาสะอาดบ้าน การปูเตียง การซักผ้า การกวาดพื้น แนะนำวิธีการเตรียมอาหาร แนะนำและสาธิต การใช้เครื่องมือช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า รถเข็น หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน

- การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ให้กำลังใจและสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย ชื่นชมความสำเร็จของผู้ป่วยในทุกขั้นตอนเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง

- การส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง (Encouragement) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถทำได้ตามความสามารถ เช่น การทำอาหาร การทำงานบ้านการล้างจาน การช่วยเหลือผู้ป่วยในกาวางแผนกิจวัตรประจำวัน การจัดเวลาในการออกกำลังกายเบาๆ การพักผ่อน

ระบบสนับสนุน เป็นหนึ่งในแนวทางของการพยาบาลที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูและเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย รวมถึงช่วยสร้างความมั่นใจ แรงจูงใจ และทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต ระบบนี้เน้นการสนับสนุนทางกายภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและความสุข ทั้งนี้ยังส่งเสริมความเป็นอิสระของผู้ป่วยในระยะยาวด้วย

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Nursing Theory) เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและสนับสนุนในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนและจัดการการดูแลได้อย่างเหมาะสมตามระดับความสามารถและความจำเป็นในแต่ละช่วงเวลา ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ และเพิ่มโอกาสในการกลับไปสู่กิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

2.1.4.2 พยาบาลผู้ป่วยติดเตียง (Bedridden Patients Nursing Care)

การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงเป็นกระบวนการที่เน้นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเป็นผู้ที่มีอาการบาดเจ็บรุนแรง ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ การดูแลต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมและการปฏิบัติที่มีความเอาใจใส่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนี้ (ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

- 1) การประเมินอาการผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานและมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของการให้การพยาบาล

- 2) การให้ยาตามแผนการรักษา พยาบาลควรจัดกิจกรรมการให้ยาอย่างถูกต้องตรงตามเวลา และใช้มาตรฐานต่างๆ เพื่อบริหารจัดการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ บริหารยาเมื่อจำเป็นต้องใช้ยาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน ในจัดการอาการที่เกี่ยวข้องต่างๆ และเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ดังนี้

2.1) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants)

- ใช้เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่ต้องนอนพักในเตียงเป็นระยะเวลานาน ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (VTE) หรือการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (DVT) ประเภทยาในกลุ่มนี้ เช่น Aspirin ใช้ในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดผู้ป่วยบางกลุ่ม Sodium Warfarin ยาต้านการแข็งตัวที่ใช้ในระยะยาว เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ Phenindione ใช้ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถใช้ยา แอสไพริน หรือวาร์ฟารินได้ Heparin และ Low Molecular Weight Heparin (LMWH) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดใหญ่ หรือผู้ที่มีภาวะเลือดหนืดผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ใช้ยา LMWH จะได้รับการสอนให้สามารถฉีดยาด้วยตัวเองที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล

- 2.2) ยาระงับปวด ในปัจจุบันมี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่ใช้มอร์ฟีน กลุ่มมอร์ฟีนและอนุพันธ์ชนิดอ่อน

และกลุ่มมอร์ฟินและอนุพันธ์ชนิดแรง สำหรับการบริหารยาระงับปวดตามหลักขององค์การอนามัยโลก คือการให้ยาด้วยวิธีไม่เจ็บปวดก่อน เช่น วิธีรับประทานทางปาก โดยให้ในขนาดและเวลาที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยปวดตลอดเวลาพร้อมกับใช้หลักบันได (By the ladder) โดยให้ยาก่อนไม่ใช้มอร์ฟินก่อนหากไม่ได้ผลจะใช้ยาในกลุ่มที่สองและสามที่แรงขึ้นเป็นขั้นบันได ดังนี้

- บันไดขั้นที่หนึ่ง หลังจากประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการปวดน้อย (คะแนน 1 ถึง 3 จาก 10) ให้ยาระงับปวดกลุ่มไม่ใช้มอร์ฟิน

- บันไดขั้นที่ 2 ปวดปานกลาง (คะแนน 4 ถึง 6 จาก 10) ให้ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟินและอนุพันธ์ชนิดอ่อน

- บันไดขั้นที่สาม ปวดมาก (คะแนน 7 ถึง 10 จาก 10) ให้ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟินและอนุพันธ์ชนิดแรง

การควบคุมอาการปวดมิให้เกิดขึ้นหรือให้มีน้อยที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3) การให้สารเพิ่มกากใย (Bulk-Building Additives) เช่น ซัยลียม (Psyllium) ข้าวโอ๊ต (Bran) ซึ่งช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้และบรรเทาอาการท้องผูก

2.4) การให้ยาระบาย

- ยาระบายอ่อน (Mild Laxatives) เช่น น้ำแอปเปิ้ล น้ำลูกพรุน Milk of Magnesia ใช้สำหรับบรรเทาอาการท้องผูกแบบไม่รุนแรง ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

- ยาระบายอ่อนแบบทำให้อุจจาระนุ่ม (Stool Softeners) Docusate Sodium หรือ Docusate Calcium ช่วยทำให้อุจจาระนุ่มขึ้นแลทำให้การขับถ่ายง่ายขึ้น

- ยาระบายฤทธิ์รุนแรง เช่น Bisacodyl เป็นยาที่ใช้กระตุ้นการขับถ่ายอย่างรวดเร็วในกรณีที่ต้องผูกอย่างรุนแรง หรือก่อนทำหัตถการทางการแพทย์

- ยาสอดทวาร (Medicated Suppositories) ช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ริดสีดวง หรืออาการอักเสบในทวารหนัก

- น้ำยาล้างทวาร (Enemas) เช่น น้ำเกลือหรือสารหล่อลื่น ใช้เพื่อช่วยให้อุจจาระนุ่มและกระตุ้นการขับถ่าย

3) การจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา ความเจ็บปวดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการจัดการที่ไม่ใช้ยาถือเป็นแนวทางที่มีบทบาทสำคัญในการลดการพึ่งพายา โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Opioid ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การท้องผูก การเสพติด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา ไม่เพียงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาในระยะยาว กลยุทธ์บรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา

3.1) การประคบเย็นและการประคบร้อน

- การประคบเย็น ช่วยลดอาการบวมและบรรเทาความเจ็บปวดเฉียบพลันโดยการลดการไหลเวียนเลือดในบริเวณที่บาดเจ็บ

- การประคบร้อน ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยผ่อนคลายเนื้อเยื่อ

3.2) การนวดบำบัด (Massage Therapy) เป็นการนวดช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และปลดปล่อยสารเอ็นโดรฟินที่ช่วยลดความเจ็บปวด

3.3) การใช้ภาพจินตนาการ (Guided Imagery) เป็นการสร้างภาพในจินตนาการที่ผ่อนคลาย ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของสมองจากความเจ็บปวด ลดระดับความเครียดที่อาจเพิ่มความรุนแรงของอาการ

3.4) การบำบัดด้วยเสียงดนตรี (Music Therapy) ดนตรีช่วยกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ส่งผลให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง

3.5) การสะท้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุม การตอบสนองทางกายภาพ เช่น การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

3.6) การกระตุ้นไฟฟ้าเส้นประสาทผ่านผิวหนัง (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation-TENS) ใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทผ่านผิวหนังเพื่อลดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง

3.7) การกระตุ้นไขสันหลัง (Spinal Cord Stimulation - SCS) เทคนิคนี้ใช้การฝังอุปกรณ์ เพื่อกระตุ้นไฟฟ้าตรึงบริเวณไขสันหลัง ซึ่งช่วยลดการรับรู้ความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง

4) การส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตที่เพียงพอ (Promoting Adequate Circulation) การพักรักษาตัวบนเตียงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การไหลเวียนโลหิตลดลง การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Deep Vein Thrombosis: DVT) และความดันโลหิตต่ำในท่ายืน (Orthostatic Hypotension) การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมมีดังนี้

4.1) การประเมินภาวะของขา ตรวจสอบอาการบวม รอยแดง ความร้อนเฉพาะจุด และความผิดปกติของสีผิวบริเวณขา

4.2) ตรวจหาสัญญาณของการเกิด DVT สังเกตอาการปวดบริเวณน่องขณะกระดกข้อเท้า ขึ้น (Positive Homan's Sign) และติดตามอาการที่สัมพันธ์ เช่น ไข้สูงหรืออัตราการเต้นหัวใจเร็ว

4.3) วัดเส้นรอบวงขา เปรียบเทียบขาทั้งสองข้างเพื่อหาความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ถึงการเกิดลิ่มเลือด

4.4) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า Prothrombin Time (PT) International Normalized Ratio (INR) และ Partial Thromboplastin Time (PTT) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

4.5) ส่งเสริมการออกกำลังกาย กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตด้วยการกระดกข้อเท้า การหมุนข้อเท้า หรือยืดกล้ามเนื้อ

4.6) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สอนให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การบวมที่ขา อาการปวด หรืออาการเหนื่อยล้า เพื่อรายงานพยาบาลทันที

4.7) การจัดท่าผู้ป่วย ยกปลายเตียงสูงประมาณ 10 องศาเพื่อช่วยการไหลเวียนโลหิต

4.8) ใช้ถุงเท้าป้องกันลิ่มเลือด (TED Hose) หรืออุปกรณ์เพิ่มการไหลเวียนโลหิต เช่น ถุงเท้าลมพอง โดยต้องถอดพักผิวหนังทุก 8 ชั่วโมง

4.9) การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือด

4.10) การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจรบกวนฤทธิ์ยา เช่น ผักใบเขียว กระเทียม ขิง หรือชาเขียว

4.11) แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น ผักใบเขียวเข้ม หน่อไม้ฝรั่ง บรอกโคลี ที่อาจลดประสิทธิภาพของยาต้านการแข็งตัวของเลือด

การดูแลดังกล่าวช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การฟื้นฟูการทำงานของลำไส้และการจัดการกับอาการท้องผูก อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ต้องพักฟื้นเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากการลดลงของการเคลื่อนไหวทางร่างกาย การเข้าถึงอาหารที่มีไฟเบอร์ต่ำ การดื่มน้ำไม่เพียงพอ รวมถึงการใช้ยาบางประเภทที่มีผลต่อการทำงานของลำไส้ การจัดการที่เหมาะสมช่วยป้องกันและแก้ไขอาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

5.1) การประเมินประวัติการขับถ่ายของผู้ป่วย

การประเมินประวัติการขับถ่ายของผู้ป่วยช่วยกำหนดแนวทางการดูแลและป้องกันอาการท้องผูกอย่างเหมาะสม ควรบันทึกข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียด

- ความถี่และรูปแบบการขับถ่าย เพื่อระบุพฤติกรรมที่เป็นปกติ
- ปริมาณอาหารและของเหลวที่บริโภค เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่อาจส่งผลต่ออาการท้องผูก
- อาการที่เกี่ยวข้อง เช่น การขับถ่ายน้อยกว่าปกติ อาการปวดท้อง ท้องอืด การเบ่ง

ขณะถ่าย หรือความรู้สึกไม่สบายบริเวณทวารหนัก

5.2) การจัดการอาการท้องผูก

- จัดเตรียมกระโถนหรืออุปกรณ์ขับถ่ายบนเตียง พร้อมให้เป็นส่วนตัว
- ให้ยาช่วยระบายหรือทำการสวนทวารในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามวงจรการขับถ่ายของผู้ป่วย
- ใช้การกระตุ้นด้วยการนวดหรือการกระตุ้นในกรณีที่จำเป็น
- ในกรณีที่มีการอุดตันในทวารหนัก อาจใช้ถุงมือที่มือน้ำมันหล่อลื่นเพื่อนำอุจจาระออก

5.3) การกระตุ้นการตอบสนองของลำไส้

- ให้ของเหลวอุ่นในตอนเช้าเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้
- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ห้องน้ำทันทีเมื่อรู้สึกต้องการถ่าย

5.4) การเพิ่มปริมาณไฟเบอร์ในอาหารและการดื่มน้ำ

- การบริโภคไฟเบอร์ เพิ่มอาหารที่มีไฟเบอร์สูง เช่น ธัญพืชเต็มเมล็ด ถั่ว ผักใบเขียว และผลไม้
- การดื่มน้ำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร (ยกเว้นกรณีที่มีข้อห้าม)
- ไฟเบอร์ชนิดไม่ละลายน้ำ เช่น รำข้าว ข้าวสาลีเต็มเมล็ด และผักบางชนิด จะช่วย

กระตุ้นการทำงานของลำไส้

5.5) การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ กิจกรรมทางร่างกาย เช่น การเปลี่ยนท่าทางบนเตียง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือการออกกำลังกายเบาๆ ภายใต้ข้อจำกัดที่เหมาะสม สามารถช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้และส่งเสริมการขับถ่าย

การจัดการและป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องมีการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการใช้มาตรการทางการแพทย์ที่เหมาะสม แนวทางดังกล่าวจะช่วยฟื้นฟูการทำงานของลำไส้

6) การจัดกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจสำหรับผู้ป่วย เพื่อสร้างความเพลิดเพลินให้กับผู้ป่วยที่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นระยะเวลานาน ถือเป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตและอารมณ์ กิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความเบื่อหน่าย ส่งเสริมการผ่อนคลาย และเพิ่มความรู้สึกถึงคุณค่าและความพึงพอใจในตนเอง ตัวอย่างกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การชมภาพยนตร์ การเล่นเกม การทำปรีศนา รวมถึงกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น การวาดภาพหรือเขียนบันทึก โดย

6.1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้การจัดกิจกรรมเหมาะสม พิจารณาจากระดับความสนใจและความชื่นชอบในกิจกรรม ความถี่ของการจับหลักในช่วงกลางวัน ข้อจำกัดด้านร่างกายที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม การประเมินเหล่านี้ช่วยให้ทราบถึงระดับความเบื่อหน่ายและข้อจำกัดที่ต้องได้รับการแก้ไข

6.2) การรวบรวมข้อมูลจากผู้สนับสนุนของผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วยและบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย เช่น ครอบครัวหรือเพื่อนสนิท จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงความสนใจและความชื่นชอบในกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น การนำข้อมูลนี้มาใช้จะช่วยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของผู้ป่วย

6.3) การเริ่มกิจกรรมที่เหมาะสมและปรับเพิ่มความซับซ้อนตามลำดับ ในระยะแรกของการฟื้นฟูผู้ป่วยอาจรู้สึกท้อแท้จากข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น ภาวะโลหิตจางหรืออาการเจ็บปวดการเริ่มต้นด้วยกิจกรรม

ที่ใช้ความพยายามน้อย เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง หรือการอ่านบทความสั้นๆ จะช่วยลดความเบื่อหน่ายเมื่อผู้ป่วยมีความทนทานเพิ่มขึ้น ควรสนับสนุนให้ทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การแก้ปริศนา งานฝีมือ หรือเกมที่ใช้ทักษะ

7) การปรับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การปรับสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น การเพิ่มภาพถ่าย หรือของใช้จากบุคคลสำคัญ ช่วยสร้างความรู้สึกรักคุ้นเคยและเพิ่มความอบอุ่นทางจิตใจ การจัดเตรียมอุปกรณ์เทคโนโลยี เช่น iPad หรือ Kindle เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเนื้อหาที่สนใจ ก็เป็นวิธีที่ดีในการลดความเบื่อหน่าย

8) การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ในการเยี่ยมเยียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเบื่อหน่ายและส่งเสริมความรู้สึกรักผูกพัน การเยี่ยมเยียนควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยสามารถทนได้และสอดคล้องกับสภาพร่างกาย

9) การป้องกันการเกิดข้อติด งอ การเสื่อมสภาพของข้อต่อ และการเกิดแผลกดทับ โดย

9.1) ประเมินการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (ROM) การประเมินการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of Motion) อย่างละเอียด เช่น การยืด การงอ การหมุน และการขยายข้อต่อในทุกบริเวณที่สำคัญ เช่น ไหล่ ข้อมือ นิ้วมือ สะโพก เข่า และเท้า ถือเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะข้อบดงอและการเสื่อมสภาพของข้อต่อ การตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สามารถวินิจฉัยปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดความเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือข้อยึดติดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะการเดินได้

9.2) การประเมินอาการเท้าตก (Foot drop) โดยการสังเกตการยืดยาวของผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการยกปลายเท้าไปข้างบนเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากอาการนี้อาจเกิดขึ้นเมื่อขานอนอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน

9.2) การรักษาท่าทางการยืนและการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องต้องการจัดทำทางให้เหมาะสม เช่น การยืดหลังตรง การเปิดสะโพก และการยืดยาวในมุมที่เหมาะสม ช่วยป้องกันการเกิดภาวะข้อบดงอ และส่งเสริมการทรงตัวอย่างปลอดภัย อุปกรณ์เสริม เช่น หมอน ผ้าขนหนู ฟองน้ำ หรืออุปกรณ์รองรับเฉพาะส่วน สามารถช่วยประคองให้ร่างกายอยู่ในท่าทางที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

9.3) การฝึกการเคลื่อนไหวรวมกับการออกกำลังกาย การออกกำลังกายข้อต่ออย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายแบบไม่ใช้แรงเอง (Passive Exercises) การออกกำลังกายที่มีผู้ช่วยเหลือ (Active Assisted Exercises) หรือการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง (Active Exercises) ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อ โปรแกรมการออกกำลังกายควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความสามารถของผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดข้อบดงอและลดโอกาสของการเสื่อมสภาพของข้อต่อในระยะยาว การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและกิจกรรมการดูแลตนเอง การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกายเบาๆ บนเตียง การติดตามการรับและการขับของเหลว จะช่วยเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีจุดหมายและการควบคุมตนเอง ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะข้อยึด การเกิดแผลกดทับ และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต

10) กิจกรรมกลางแจ้งและการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยมีความทนทานมากขึ้น การพาผู้ป่วยออกไปข้างนอกหรือไปยังห้องสันทนาการภายในโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ใหม่ๆ ลดความเบื่อหน่าย และส่งเสริมสุขภาพจิต

11) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์การปรับปรุงสภาพจิตใจ

11.1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวเป็นเวลานานอาจเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวต่อความล้มเหลวหรือความเจ็บปวด ในกระบวนการฟื้นฟู โดยเฉพาะในระหว่างการทำกายภาพบำบัด การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เหมาะสม

เช่น การแสดงความเข้าใจ ความเห็นใจ และการสื่อสารที่เปิดกว้างระหว่างผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท หรือทีมผู้ดูแลสุขภาพ สามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

11.2) การปรับปรุงสภาพจิตใจ การส่งเสริมมุมมองในแง่บวกผ่านการให้กำลังใจ และการยกย่องความพยายามของผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการฟื้นฟู สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ และความตั้งใจของผู้ป่วยได้ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สร้างสรรค์หรือสนุกสนาน เช่น การวาดภาพ การฟังเพลง หรือการอ่านหนังสือที่สร้างแรงบันดาลใจ อาจช่วยบรรเทาความเครียดและช่วยพัฒนาสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

11.3) การสร้างความมั่นคงทางจิตใจผ่านการสนทนา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกและความกังวลใจ ช่วยให้ทีมผู้ดูแลสามารถเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและพัฒนากลยุทธ์การสนับสนุนที่เหมาะสม การให้คำแนะนำและแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงเป้าหมายที่เป็นไปได้ในระยะยาว ช่วยเสริมความมั่นใจและลดความกลัวต่อความไม่แน่นอน

11.4) การจัดกิจกรรมกลุ่มและการสนับสนุนจากผู้ป่วยคนอื่น การให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีผู้ป่วยในสถานการณ์เดียวกัน อาจช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความมั่นใจ ในกระบวนการฟื้นฟู การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกำลังใจกับผู้อื่นสามารถสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและช่วยเสริมสร้างสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้แข็งแรงมากยิ่งขึ้น

12) การจัดการปัญหาทางเพศในผู้ป่วยที่ต้องนอนพักเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักเป็นระยะเวลานานมักประสบกับการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบทางเพศ เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย ผลกระทบของโรคประจำตัวและสภาพจิตใจ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความต้องการทางเพศ ความสามารถในการทำกิจกรรมทางเพศ และความใกล้ชิดในความสัมพันธ์ การดูแลด้านนี้จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการประเมินและสนับสนุนที่เหมาะสม ดังนี้

12.1) การประเมินปัญหาทางเพศของผู้ป่วย โดยการสอบถามอย่างเปิดเผยถึงความรู้สึก ความกังวลและการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ทางเพศ ระบุสาเหตุของปัญหา เช่น ภาวะโรคประจำตัว ความเครียด ข้อจำกัดทางกายภาพหรือความรู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว สังเกตพฤติกรรมที่อาจบ่งชี้ถึงความผิดปกติ เช่น การแสดงท่าทางไม่เหมาะสม การถอยตัวออกจากสังคม หรือการปฏิเสธการสื่อสาร

12.2) การส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและคู่รัก โดยการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่รักสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการและความกังวลทางเพศ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับตัว

12.3) การปรับตัวและวิธีทางเลือก โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทดลองวิธีแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม เช่น การสัมผัสที่เพิ่มความใกล้ชิด

12.4) การยอมรับและส่งเสริมการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม โดยการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในตนเอง เช่น การแต่งหน้า การเลือกเสื้อผ้า หรือกิจกรรมที่สร้างความรู้สึกดีต่อรูปลักษณ์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติในกรอบของความเหมาะสมที่สร้างสรรค์และช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

12.5) การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน ควรพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยและคู่รักไปยังที่ปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หรือผู้เชี่ยวชาญ

12.6) การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเอง และเสริมสร้างความมั่นใจ และช่วยคู่รักปรับตัวและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดของผู้ป่วย

การจัดการปัญหาทางเพศในผู้ป่วยที่ต้องนอนพักเป็นระยะเวลานานต้องใช้ความเข้าใจ และการสนับสนุนอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ การสื่อสารอย่างเปิดเผย การปรับตัวร่วมกัน และการประยุกต์ใช้วิธีการที่เหมาะสม จะช่วยเสริมสร้างความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ที่มั่นคงระหว่างผู้ป่วยและคู่รัก

13) การบำบัดเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเบื่อหน่ายหรือข้อจำกัดทางจิตใจอย่างชัดเจน ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับคำปรึกษาด้านจิตเวช การบำบัดทางอาชีพ หรือบริการด้านจิตวิญญาณ เพื่อช่วยพัฒนาวิธีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม

14) การจัดการบทบาทอย่างมีประสิทธิภาพ

14.1) การปรับตัวของผู้ป่วยในช่วงพักฟื้น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ อาจรู้สึกสูญเสียตัวตนหรือคุณค่าของตนเอง การให้การสนับสนุนทางจิตใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เหมาะสมตามความสามารถ เช่น การช่วยเหลืองานเล็กน้อยในครอบครัว หรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับความสนใจ จะช่วยฟื้นฟูความรู้สึกมีเป้าหมายและความพึงพอใจ

14.2) การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อแผนการฟื้นฟู โดยเริ่มต้นด้วยการเพิ่มกิจกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไปเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเหนื่อยล้าหรือหมดแรงเกินไป ฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า โดยไม่ลดทอนความรู้สึกเหล่านั้น แต่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมองเห็นความหวังและเป้าหมายที่ชัดเจน

14.3) การสร้างความเป็นอิสระในระหว่างฟื้นฟู โดยสร้างความคาดหวังในแง่บวก และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามดูแลตัวเองเท่าที่จะทำได้ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นไปได้ รวมถึงแนะนำวิธีการฟื้นฟูที่ช่วยสร้างความมั่นใจ และจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น รถเข็น วอล์กเกอร์หรืออุปกรณ์หยิบจับเพื่อสนับสนุนความเป็นอิสระของผู้ป่วย

14.4) การสนับสนุนทางจิตใจด้วยการเสริมแรงบวก ให้คำชมเชยหรือกำลังใจเมื่อผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย หรือแสดงความก้าวหน้าในทางที่ดี ใช้การเสริมแรงบวกเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตัวเอง และให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความพยายามของเขามีความหมาย เน้นความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเดินทางต่อไป

14.5) การวางแผนและสนับสนุนความเป็นอิสระในระยะยาว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมกำหนดเป้าหมายระยะยาว และปรับบทบาทที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน แนะนำการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการ เพื่อเสริมความสามารถในการดูแลตัวเอง และสร้างสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัยและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรักษาสมดุลระหว่างการพึ่งพาผู้อื่นและการพึ่งพาตนเอง ส่งเสริมความมั่นใจ และช่วยให้การฟื้นฟูเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

2.2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา พี่น้อง หรือญาติที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยตรง และไม่ได้รับค่าตอบแทน ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ และสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย การให้ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญหลากหลายท่านได้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

โอเร็ม (Orem, 1995) ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่ผู้ที่ต้องพึ่งพาโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของผู้ได้รับการดูแล ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นภรรยา สามี หรือญาติ

คาเรอร์ส (Carers, 2005) ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลญาติ เพื่อนที่เจ็บป่วยทุพพลภาพ หรือมีภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน โดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการนี้จะไม่ได้รับค่าตอบแทน

โรสและแม็คเคนซี (Ross & Mackenzie, 1996) ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่มีค่าตอบแทน การดูแลนี้มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม ความรู้สึกทางอารมณ์ และความผูกพันทางเครือญาติ

เดวิส (Davis, 1992) ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผู้ป่วยต้องการการดูแลเนื่องจากสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงในกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหลาน ญาติ หรือบุคคลอื่นที่ไม่ได้คาดหวังค่าตอบแทน ทั้งนี้ การดูแลดังกล่าวมุ่งเน้นเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มาจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักผ่านการอบรมหรือการเรียนรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วย และได้รับค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติหน้าที่

2) ผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทาง มักเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว (Family Caregiver) เช่น สามี ภรรยา หรือบุตร ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักเรียนรู้การดูแลด้วยตนเอง และไม่ได้รับค่าตอบแทน

2.2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ตามลักษณะการดูแล ดังนี้ (กชพร ตั้งจิตต์สำราญ 2565)

2.2.2.1 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal care/Caregiver) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่มีบทบาทในการให้บริการดูแลบุคคลโดยได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินหรือค่าจ้าง ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลจากศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการสามารถแบ่งตามลักษณะความเป็นวิชาชีพได้ดังนี้

1) ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (Professional Caregiver) ผู้ดูแลในกลุ่มนี้คือบุคคลที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกเข้าเรียนในสถาบันการศึกษาที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองทางกฎหมาย โดยมีชื่อเรียกวิชาชีพที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย พร้อมทั้งมีใบประกอบวิชาชีพและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในวิชาชีพเดียวกัน ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ การให้บริการของผู้ดูแลกลุ่มนี้มีลักษณะชัดเจนตามกรอบวิชาชีพ และได้รับค่าตอบแทนสำหรับการดูแล

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (Non-professional Caregiver) ผู้ดูแลกลุ่มนี้บางครั้งเรียกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid Caregiver) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

2.1) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่ได้เป็นบุคลากรวิชาชีพ แต่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ มาแล้ว โดยสามารถให้การดูแลบุคคลอื่นในลักษณะที่มีการจ้างงาน โดยมีหน้าที่ดังนี้ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การช่วยอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การออกกำลังกาย การช่วยเหลือในการรับประทานยาและอาหาร การให้บริการดูแลในบริบทของบ้าน

2.2) ผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการอบรม ผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่ได้ผ่านการอบรมหรือการฝึกฝนอย่างเป็นระบบ แต่เข้ามาให้การดูแลในบทบาทที่เรียบง่ายและไม่ซับซ้อน โดยอาศัยทักษะพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิตของตนเอง เช่น การทำงานบ้าน การดูแลกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนในกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะเฉพาะทาง

ผู้ดูแลทั้งสองประเภทมีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะเจาะจงในชีวิตประจำวัน

2.2.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Carer/Caregiver) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน รวมถึงกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยผู้ดูแลกลุ่มนี้

ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง และการดูแลมักดำเนินเป็นระยะเวลานาน อาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น เป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย มีลักษณะสำคัญของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ส่วนตัวผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการมักมีความสัมพันธ์ส่วนตัวใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นแรงจูงใจสำคัญในการให้การดูแล ซึ่งมักเกิดจากความรัก ความผูกพัน ความสำนึกในบุญคุณ หรือความรู้สึกว่าการดูแลเป็นหน้าที่ของตน

2) การไม่ได้รับค่าตอบแทน ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลในรูปแบบใด การดูแลที่มอบให้เกิดจากความสมัครใจและความสัมพันธ์ทางสังคมหรือครอบครัว

3) ลักษณะของการดูแล ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักทำหน้าที่ช่วยเหลือในกิจกรรมชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งตัว การเคลื่อนย้าย การเตรียมอาหาร การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร และการดูแลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายในชีวิต เช่น การจัดการงานบ้าน การช่วยเหลือในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางหรือการสนับสนุนด้านอารมณ์

การแบ่งบทบาทของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ในบริบทของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว (Family Caregiver) สามารถแบ่งบทบาทออกได้เป็น

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในทุกมิติและอย่างต่อเนื่อง เป็นบุคคลที่รับผิดชอบหลักในกิจกรรมการดูแลประจำวัน เช่น การจัดการเรื่องสุขภาพ การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และการตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) มีบทบาทสนับสนุนผู้ดูแลหลัก เช่น การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว การแบ่งเบาภาระในกิจกรรมบางส่วนหรือการจัดการด้านอื่น ๆ เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถดูแลได้

ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการมีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลที่บ้าน การให้การดูแลในลักษณะนี้ช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุข และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการมักต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น ความเหนื่อยล้าทางกายและจิตใจจากบทบาทการดูแล ความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดจากภาระหน้าที่การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอจากสังคมหรือระบบบริการสุขภาพ

2.2.3 ผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การดูแลติดเตียง เป็นภาระที่สร้างความกดดันและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และเวลา โดยลักษณะของภาระที่ต้องเผชิญ อาจส่งผลกระทบสะสมในระยะยาว โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเพียงคนเดียวและทุ่มเทเวลาอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบหลักๆ ดังนี้

2.2.3.1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักมีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมกว่าคนทั่วไป เนื่องจากความเครียดสะสมและการละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลกระทบที่พบบ่อยได้แก่

1) อาการปวดหลังและปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเกิดจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในลักษณะที่ไม่ถูกต้องหรือใช้แรงเกินขีดจำกัดของร่างกาย อาการปวดหลังมักเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดสะสม โดยสะท้อนว่าผู้ดูแลกำลังเผชิญกับภาระที่มากเกินไป

2) อาการอ่อนเพลีย เกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องการนอน ทำให้ผู้ดูแลต้องตื่นในช่วงกลางคืน ความเหนื่อยล้าที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

3) ปัญหาด้านสุขภาพเรื้อรัง การละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น รับประทานอาหาร

ไม่ตรงเวลา ขาดการออกกำลังกายหรือไม่ไปพบแพทย์ตามกำหนด อาจทำให้โรคประจำตัวรุนแรงขึ้นหรือเกิดโรคเรื้อรังใหม่ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวานและข้อเสื่อม ผู้ดูแลที่มีภาวะความเครียดสูงมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

2.2.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดันทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง โดยมีผลกระทบดังนี้

- 1) อารมณ์เศร้า เกิดจากความรู้สึกสูญเสียแม้ผู้ป่วยจะยังมีชีวิตอยู่แต่การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป
- 2) ความรู้สึกผิด ผู้ดูแลมักรู้สึกผิดหลังจากแสดงความโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากความเหนื่อยล้าหรือความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย
- 3) ความโกรธและความคับข้องใจ อาจเกิดจากความไม่พึงพอใจต่อสถานการณ์ เช่น การที่อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล
- 4) ความรู้สึกอับอาย ผู้ป่วยบางรายแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เช่น การไถ่ถามหรือพฤติกรรมแปลกประหลาด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอาย
- 5) ความโดดเดี่ยว ภาระหน้าที่ที่หนักหน่วงทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการพบปะสังสรรค์หรือแม้กระทั่งการสนทนากับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

2.2.3.3 ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งผลกระทบนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในระดับครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมทั้งในด้านโครงสร้างทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระบบเศรษฐกิจ

- 1) การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างบทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ดูแลหลักต้องปรับตัวอย่างกะทันหันและไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า สมาชิกในครอบครัวอาจต้องหยุดงานหรือลดเวลาการทำงาน เพื่ออุทิศเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีที่การแบ่งหน้าที่ไม่ชัดเจน
- 2) การขาดเวลาเข้าสังคม ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดเวลาส่วนตัวและเวลาสำหรับครอบครัว ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ชุมชน หรือกิจกรรมสันทนาการ ซึ่งส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับชุมชนอาจลดลง

2.2.3.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

- 1) ผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยตรง ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลที่สูง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกินสิทธิ์สวัสดิการจากภาครัฐ เช่น ค่ายา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการดูแลพิเศษ ค่าจ้างผู้ช่วยดูแลหากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มเวลา
- 2) ผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยอ้อม โดยผู้ดูแลบางรายต้องลดชั่วโมงการทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รายได้ลดลง บางครอบครัวอาจต้องขายทรัพย์สินเพื่อมาเป็นค่ารักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินในอนาคต

2.2.3.5 ผลกระทบทางด้านเวลา เวลาที่เสียไปในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้ดูแลในหลายมิติ

- 1) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลบางรายต้องลดเวลาการทำงาน เช่น ทำงานบางเวลาแทนการทำงานเต็มเวลา หรือบางรายอาจต้องลาออกจากงาน
- 2) รายได้ลดลง การลดชั่วโมงการทำงานหรือการลาออกจากงานทำให้ผู้ดูแลประสบปัญหารายได้ไม่เพียงพอ

3) ความขัดแย้งในครอบครัว หากไม่มีการจัดการที่ดีการดูแลผู้ป่วยอาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น การผลักภาระหน้าที่หรือค่าใช้จ่าย

4) เวลาที่สูญเสียในชีวิตส่วนตัว ผู้ดูแลมักไม่มีเวลาให้กับตนเอง ครอบครัว หรือกิจกรรมอื่น ๆ ทำให้เกิดความเครียดสะสมและความขัดแย้งในความสัมพันธ์

สรุป ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสะท้อนถึงภาระที่หนักหน่วงของผู้ดูแลในทุกมิติ การพัฒนาระบบสนับสนุน การจัดการที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดภาระและผลกระทบดังกล่าว เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง

2.2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Kane, 2000)

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสำคัญและซับซ้อนในหลายด้าน ผู้ดูแลต้องมีบทบาทหลายด้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดูแลร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการดูแลด้านความปลอดภัยและการช่วยฟื้นฟูสภาพทางร่างกายของผู้ป่วย โดยบทบาทต่างๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

2.2.4.1 การดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้านกิจวัตรประจำวัน (บุษยมาส คันธมาศน์, 2565)

1) กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1) การรับประทานอาหารและน้ำ ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่อาจยังสามารถรับประทานอาหารเองได้ แต่อาจมีความไม่สะดวกหรือใช้เวลานานกว่าปกติ ผู้ดูแลควรเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ช้อนส้อม หรือจานที่ออกแบบพิเศษเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ง่ายขึ้น รวมถึงจัดเตรียมอาหารที่เคี้ยวง่าย กลืนง่าย และมีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสมวันละ 2,000 – 2,500 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

1.2) การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ผู้ดูแลควรจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำและดูแลความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง เช่น เก้าอี้สำหรับอาบน้ำ หรืออุปกรณ์ช่วยจับยึด สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง ควรช่วยเช็ดตัวบนเตียง โดยเน้นเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึง เช่น บริเวณแผ่นหลัง ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองเท่าที่จะทำได้แม้จะใช้เวลานาน

1.3) การแต่งกาย ในระยะพักฟื้นผู้ป่วยอาจแต่งตัวได้เองแต่ยังไม่สะดวก และช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลควรจัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีตัว สวมใส่และถอดง่าย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนการแต่งตัวด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตัวเอง

1.4) การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผู้ดูแลควรช่วยผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำความสะอาดตนเองหลังการขับถ่ายได้สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะไม่ออก อาจต้องมีการสวนปัสสาวะในระยะแรก พร้อมทั้งจัดแผนการฝึกการขับถ่ายด้วยตนเองในระยะต่อมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาความสามารถในการจัดการขับถ่ายได้อย่างอิสระ

1.5) การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะบริเวณที่มีพยาธิสภาพ เช่น การฝึกเดินหรือการขยับแขนขา ควรมีอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยัน เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและลดความเสี่ยงต่อการล้ม นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด

1.6) การพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้ป่วยติดเตียงอาจมีปัญหาเรื่องรูปแบบการนอนที่เปลี่ยนไป ผู้ดูแลควรช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น จัดเตรียมที่นอนให้สะอาดและนุ่มนอน ลดแสงสว่างและเสียงรบกวน รวมถึงควบคุมอุณหภูมิในห้องให้เหมาะสม ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเวลาการเข้านอนและตื่นนอนที่สม่ำเสมอเพื่อปรับรูปแบบการนอนให้เป็นปกติ

การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยความเข้าใจ ความอดทน และการสนับสนุนจากผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับ

ปกติมากที่สุด

2) การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล

2.1) การประเมินสุขภาพและการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การจดบันทึกความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเปรียบเทียบอาการ และวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้อง เพื่อประโยชน์สูงสุดในการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การสังเกตความผิดปกติในร่างกาย และการรายงานการเปลี่ยนแปลงอย่างละเอียด

2.2) การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน การที่ผู้ป่วยติดเตียงต้องนอนพักเป็นระยะเวลานาน หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลากหลาย และมักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่ใส่ใจในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงอย่างมาก ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจในวิธีการป้องกัน ดังนี้

- การป้องกันโรคผิวหนังและการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของผิวหนังและหลีกเลี่ยงความชื้นหรือความแห้งเกินไป โดยเฉพาะบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการอักเสบ เช่น บริเวณขาหนีบและรักแร้ นอกจากนี้ควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อลดแรงกดทับที่อาจนำไปสู่การเกิดแผล

- การป้องกันโรคปอดอักเสบ ภาวะปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและอันตรายในผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลควรจัดเตรียมอาหารที่เคี้ยวและกลืนง่าย จัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร และให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ รวมถึงจัดเตรียมเสื้อผ้าที่ช่วยรักษาความอบอุ่นของร่างกาย

- การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่างๆ เช่น ข้อมือ ข้อศอก และหัวไหล่ เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อและลดอาการปวดไหล่ โดยให้ทำการบริหารอย่างสม่ำเสมอ

- การป้องกันภาวะกระดูกพรุน ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงเป็นเวลานานอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน โดยเฉพาะกระดูกสะโพกด้านที่ได้รับผลกระทบ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืน เดิน หรือฝึกเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อกระตุ้นการสร้างมวลกระดูก

- การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง หรือการเก็บปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะนานเกินไป ผู้ดูแลควรทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศของผู้ป่วยและเช็ดให้แห้งทุกครั้งหลังการขับถ่าย รวมถึงฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา หากผู้ป่วยมีปัญหาปัสสาวะไม่ออกควรพาไปพบแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร

- การป้องกันการบวมของปลายมือปลายเท้า การบวมที่มือและเท้าจะเกิดขึ้นจากการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ดูแลควรใช้หมอนรองบริเวณปลายมือปลายเท้าให้สูงขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ เพื่อลดอาการบวมและกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต

- การป้องกันการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกายและเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณแขนและขา โดยเฉพาะด้านที่ได้รับผลกระทบ เพื่อรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

- การป้องกันการกลับซ้ำของโรค การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรค ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด พร้อมจัดอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารประเภทโปรตีน ผัก และผลไม้ ลดอาหารที่มีไขมันสูง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา รวมถึงติดตามอาการของโรคที่อาจบ่งชี้ถึงการเกิดซ้ำ

- การป้องกันอุบัติเหตุ ผู้ดูแลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น เก้าอี้ของมีคม ให้พ้นมือผู้ป่วย จัดราวจับในบริเวณที่จำเป็น และปรับระดับพื้นให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างเป็นระบบ สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว

3) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ การบาดเจ็บทางร่างกาย มักมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น บทบาททางสังคม หน้าที่และฐานะ เศรษฐกิจ ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจได้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดูแลด้านจิตใจจึงเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพปัจจุบันได้อย่างเต็มที่ โดยการสนับสนุนและดูแลด้านจิตใจนั้นมีขั้นตอนดังนี้

3.1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าถือเป็นหนึ่งในปัญหาจิตใจที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลควรเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกโดยไม่วิจารณ์หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ โดยการให้คำปลอบโยนและกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต การกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้คำชมเมื่อทำกิจกรรมสำเร็จจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับผู้ป่วย

3.2) การป้องกันอารมณ์ผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่รวดเร็ว การควบคุมสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยภายนอกที่กระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรพยายามลดหรือลบสิ่งนี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในทางลบ เช่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจ นอกจากนี้ การหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น การให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและมีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้น

3.3) การป้องกันความเครียด ความเครียดที่เกิดจากภาวะทางกาย เช่น ความเจ็บป่วยหรือจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งจากการเผชิญหน้ากับบุคคลที่ไม่ถูกใจหรือปัญหาทางจิตใจอื่นๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจที่รุนแรง ผู้ดูแลควรสังเกตและจัดการสิ่งเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการลดหรือกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

3.4) การป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การพูดจาหยาบคายหรือการรับประทานอาหารอย่างมูมมาม ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการควบคุมภายใน ผู้ดูแลไม่ควรใช้วิธีการห้ามปรามอย่างรุนแรง แต่ควรช่วยฝึกให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม เช่น การพูดคุยด้วยถ้อยคำสุภาพ และการแสดงมารยาทในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ยอมรับได้ในสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

4) การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย การดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการติดตามและจัดการการรักษากับแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ ผู้ดูแลควรมีการวางแผนทางการเงินและรู้จักแหล่งช่วยเหลือที่สามารถขอรับความช่วยเหลือจากชุมชน หรือตามโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

สรุป บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีหลายมิติที่สำคัญ ในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่หลากหลายและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย และการคอยให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งบทบาทเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รวมถึงปัญหาสุขภาพที่อาจตามมา เนื่องจาก

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องใช้พลังงานทางร่างกายและจิตใจอย่างมากจึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรมได้ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดผลกระทบต่อนิสัยของผู้ดูแลได้

2.2.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (บุษยมาส คันธมาศน์, 2565)

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความท้าทายต่างๆ ซึ่งหากไม่มีการสนับสนุนและดูแลจากพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่ปัญหาต่างๆ เช่น ภาวะเครียดที่เกิดจากการดูแลระยะยาว ภาวะเหนื่อยหน่าย หรือแม้กระทั่งการทารุณกรรมผู้ป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลควรทำหน้าที่ในการสนับสนุนและส่งเสริมผู้ดูแลในหลายด้าน โดยบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีดังนี้

2.2.5.1 การประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล การประเมินคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้พยาบาลสามารถสังเกตและระบุภาวะเครียดหรือภาวะเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลได้อย่างทันท่วงที ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย หากพยาบาลพบว่าอาการเครียดหรือเหนื่อยหน่ายมีความรุนแรง พยาบาลควรให้คำแนะนำและหาวิธีการในการจัดการกับความเครียด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.2.5.2 การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจ พยาบาลควรให้โอกาสแก่ผู้ดูแลในการพูดคุยหรือระบายความรู้สึก ซึ่งจะช่วยลดภาวะเครียดและลดความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความรุนแรงต่อผู้ป่วย การรับฟังปัญหาของผู้ดูแลเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจปัญหาของผู้ดูแลได้ดีขึ้น และยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุนและไม่โดดเดี่ยว

2.2.5.3 การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการแสดง และการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและยอมรับการดูแลรักษาได้ดีขึ้น นอกจากนี้ พยาบาลยังควรสอนวิธีการจัดการความเครียดและการปรับตัวให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมสถานการณ์และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.5.4 การปรับบทบาทของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การปรับบทบาทของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเป็นการช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความสมดุลและมีประสิทธิภาพ การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวจะทำให้เกิดการปรับทัศนคติและความรู้สึกที่ดีต่อกันมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้นและมีความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย

2.2.5.5 การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรฝึกและสอนทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ดูแล เช่น การดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมั่นใจ การฝึกทักษะเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย และสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นได้

2.2.5.6 การสนับสนุนผู้ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล พยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านร่างกาย เช่น การประเมินภาวะสุขภาพ การให้คำแนะนำในการดูแลตัวเอง และการสนับสนุนด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ และการช่วยเหลือในการปรับตัว การสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

2.2.5.7 การส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุน หากผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม พยาบาลควรช่วยแนะนำหรือส่งต่อไปยังกลุ่มสนับสนุนต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มปรึกษาด้านสุขภาพ

หรือบริการคำแนะนำทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

2.2.5.8 การประเมินผลร่วมกัน การประเมินผลร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล เป็นกระบวนการที่สำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลอย่างต่อเนื่องไม่เพียงแต่ช่วยให้สามารถตรวจสอบความคืบหน้า และปรับแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม แต่ยังช่วยส่งเสริมการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการคิดวิเคราะห์ของผู้ดูแล รวมทั้งสร้างความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย การประเมินผลร่วมกันในลักษณะนี้สามารถทำได้โดยการใช้กลวิธีที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความท้าทายที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดีขึ้น ได้แก่

1) การสร้างสร้างความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี การสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแล พยาบาล และผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมให้การดูแลมีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการสนับสนุนและความเข้าใจจากพยาบาล และสามารถเปิดใจระบายความรู้สึกและปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2) การสร้างความเชื่อถือ พยาบาลต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลว่าได้รับการสนับสนุน และคำแนะนำที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

3) การสะท้อนคิดเพื่อพิจารณา การสะท้อนคิด (Reflection) คือกระบวนการที่พยาบาล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนประสบการณ์และการตัดสินใจในการดูแล โดยการถามคำถามหรือเสนอแนะ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้คิดและพิจารณาใหม่เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย

4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการที่ทุกคนในครอบครัวช่วยกันดูแลและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้การดูแลมีความสมดุลและลดภาระของผู้ดูแลหลัก

5) การค้นหากลุ่มหรือบุคคลช่วยเหลือ การช่วยแนะนำผู้ดูแลให้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน หรือหาผู้ที่สามารถช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ดูแล หรือการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

6) การสร้างพลังและความสามารถในการดูแล พยาบาลควรสนับสนุนและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล ผ่านการให้คำแนะนำและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น การฝึกทักษะในการดูแลด้านการแพทย์หรือทักษะทางจิตวิทยา

7) ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การให้กำลังใจและแสดงความชื่นชมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ช่วยเสริมความเชื่อมั่นและให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความสำคัญของบทบาทที่ตนเองทำ

8) การสนับสนุนและชื่นชมในวิธีการดูแลของผู้ดูแล การให้การสนับสนุนและการชื่นชมในวิธีการดูแลที่ผู้ดูแลใช้ จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น

9) ผสมผสานการดูแลตามความเชื่อของแต่ละครอบครัว การให้พยาบาลคำนึงถึงความเชื่อ และค่านิยมทางวัฒนธรรมของครอบครัวในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน และสามารถรับมือกับการดูแลได้ดีขึ้น

10) การสร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ การให้พยาบาลมีบทบาทในการสร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ เช่น การทำกิจกรรมที่เสริมสร้างความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีให้กับผู้ดูแล จะช่วยลดความเครียดและเพิ่มพลังในการดูแลผู้ป่วย

11) การเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล พยาบาลควรทำตัวเป็นเพื่อนผู้ดูแลที่เข้าใจและยอมรับในความรู้สึกต่างๆ ของผู้ดูแล ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ทางวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังเป็นทั้งที่ปรึกษาและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

การใช้กลวิธีเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น ทำให้พยาบาลสามารถเสริมสร้างสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไม่เพียงแต่พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงการสนับสนุนผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแลได้อย่างดี พยาบาลจึงควรมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ และทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมที่สุด

พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล

นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องตระหนักถึงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การแสดงความเมตตาและความเข้าใจต่อผู้อื่น ซึ่งเป็นการใช้หลักพุทธธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) จะช่วยให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์จากการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และเป็นการรักษาเกียรติศักดิ์ของวิชาชีพพยาบาล โดยรวมแล้ว บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพียงเท่านั้น แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยติดเชื้อ เพื่อให้สามารถจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้นและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและผู้ป่วยในในระยะยาวอย่างยั่งยืน

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียด

2.3.1 ความเครียด (Stress)

2.3.1.1 ความหมายของความเครียด

ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) ได้ให้คำนิยามความเครียดว่าเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์ดังกล่าวผ่านลักษณะนิสัยส่วนบุคคล และตามธรรมชาติของเหตุการณ์ในขณะนั้น ว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวเกินกว่าขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ของตนในการจัดการหรือรับมือหรือไม่ ซึ่งหากบุคคลรู้สึกว่าคุณค่าหรือเป็นอันตรายต่อความสุข จะทำให้เกิดความเครียดตามมา

เซลเย (Selye, 1976) ซึ่งได้รับการขนานนามว่าเป็นบิดาของทฤษฎีความเครียด อธิบายว่าความเครียดหมายถึง สภาวะที่ร่างกายและจิตใจแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งอาจคุกคามหรือขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต หรือความต้องการของมนุษย์ ความเครียดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายทั้งในด้านโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อรับมือกับการคุกคามดังกล่าว ทำให้ร่างกายและจิตใจสูญเสียภาวะสมดุล

กรมสุขภาพจิต (2564) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือความกดดัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกทุกขใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจตามมา

คณิน จินตนาปรโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล (2562) ได้กล่าวไว้ว่าความเครียด หมายถึง สภาวะของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อการเผชิญสถานการณ์ที่บีบคั้น กดดัน หรือวิตกกังวล ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากทั้งปัจจัยภายในของบุคคลนั้นๆ หรือจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น จากการทำงาน

สรุป ความเครียดเป็นภาวะทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลต้องตื่นตัวเพื่อเตรียมรับมือกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีลักษณะเป็นภัยคุกคามหรือไม่พึงประสงค์ ซึ่งบุคคลมักมองว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเรื่องที่หนักหนาหรือเกินขีดความสามารถของตนในการรับมือ เมื่อเกิดความเครียด บุคคลจะรู้สึก

วิตกกังวลหรือทุกข์ใจ ส่งผลให้เกิดอาการทางร่างกายและพฤติกรรมผิดปกติ ความเครียดเป็นปรากฏการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยระดับความเครียดจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล หากบุคคลประเมินว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง หรือสามารถรับมือกับปัญหานั้นได้ ความเครียดที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระดับต่ำ แต่หากมองว่าปัญหานั้นมีความรุนแรงเกินกว่าจะรับมือได้ และไม่มีแหล่งสนับสนุนบุคคลจะรู้สึกเครียดมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความเครียดในระดับที่เหมาะสมสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีพลังและความกระตือรือร้นในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต ช่วยผลักดันให้สามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3.1.2 สาเหตุของความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจต่อสถานการณ์ที่เรามองว่าเป็นภัยคุกคามหรือไม่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ความเครียดสามารถเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการหลัก ได้แก่ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตและการคิดหรือการประเมินสถานการณ์ของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984)

1) สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สาเหตุแรกของความเครียดมักมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคล เช่น ปัญหาการเงิน การงาน ครอบครัว การเรียน สุขภาพ มลพิษ การจราจรที่แออัด ปัญหาน้ำท่วม ความรัก หรือความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Selye, 1976) ปัญหาดังกล่าวมักจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียด เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นอาจทำให้บุคคลรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางร่างกายและจิตใจในระยะยาว

2) การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล อีกหนึ่งสาเหตุของความเครียด คือ การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคลในแต่ละเหตุการณ์ โดยบุคคลที่มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน และใจเย็นมักจะมีเครียดน้อยกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายหรือเอาจริงเอาจังกับชีวิตจนเกินไป การประเมินสถานการณ์ที่มีทัศนคติเชิงบวกมักช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เครียดได้ดีขึ้น (Folkman & Moskowitz, 2000) นอกจากนี้ การมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิทที่เชื่อถือได้ ก็สามารถช่วยลดความเครียดได้ เนื่องจากบุคคลรู้สึกว่าไม่ต้องเผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง

การเกิดความเครียดมักไม่ใช่ผลจากสาเหตุเดียว แต่เกิดจากการรวมกันของทั้งสองปัจจัย คือ ปัญหาภายนอกที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด และการประเมินสถานการณ์ภายในของบุคคลที่กำหนดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น (Lazarus, 1993) กล่าวคือ หากบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นสามารถรับมือได้หรือไม่ ร้ายแรงมาก การเครียดที่เกิดขึ้นจะมีระดับต่ำ แต่หากบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเกินกว่าจะรับมือได้ ความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีระดับสูงขึ้น การเข้าใจและจัดการกับความเครียดจึงเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์และการตอบสนองที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล (2562) ระบุว่าสาเหตุของความเครียดสามารถจำแนกได้หลายวิธี โดยในที่นี้จะใช้แบบจำลอง Biopsychosocial Model ในการแบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ซึ่งแต่ละปัจจัยมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความเครียดในบุคคล

ปัจจัยที่ 1 ปัจจัยด้านชีวภาพ เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่มาจากร่างกาย ซึ่งอาจกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ความเจ็บป่วยหรือความพิการทางร่างกายที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าไม่สามารถทำกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตตามปกติได้ สถานการณ์เหล่านี้อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในระดับที่สูงขึ้น (Selye, 1976) นอกจากนี้ยังสามารถรวมถึงปัจจัยทางพันธุกรรมหรือการทำงานของระบบประสาทที่มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ

ปัจจัยที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่มีความไวต่อความเครียด เช่น บุคคลที่มักคิดเรื่องเดิม ๆ ซ้ำ ๆ หรือผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง มักจะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่สามารถควบคุมอารมณ์และมีทัศนคติเชิงบวก (Folkman & Moskowitz, 2000) นอกจากนี้ การมีแนวโน้มที่จะคิดในแง่ลบหรือเป็นคนที่มีความเครียดสะสมในจิตใจสามารถส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับที่สูงขึ้น

ปัจจัยที่ 3 ปัจจัยด้านสังคม เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัญหาจากความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน หรือหัวหน้างาน ซึ่งสามารถสร้างความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคม (Cohen & Wills, 1985) การไม่มีเครือข่ายการสนับสนุนหรือการมีความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดสามารถทำให้ระดับความเครียดของบุคคลเพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ความเครียดภายใต้กรอบของ Biopsychosocial Model ช่วยให้เข้าใจถึงความซับซ้อนและหลากหลายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มักจะมีปฏิสัมพันธ์และส่งผลกระทบกันและกัน โดยการระบุและทำความเข้าใจกับปัจจัยเหล่านี้จะช่วยในการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการและลดความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3.1.3 ลักษณะของความเครียด

ลักษณะของความเครียดสามารถจำแนกได้ตามระยะเวลาที่เกิดขึ้น โดยตามนิยามของสมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, APA) ความเครียดสามารถแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ ความเครียดเฉียบพลัน (acute stress) และ ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) ซึ่งแต่ละประเภทมีลักษณะและผลกระทบที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (อ้างอิงในคณิน จินตนาปราโมทย์ & พรชัย สิทธิศรีณกุล, 2562)

1) ความเครียดเฉียบพลัน (Acute Stress) ความเครียดประเภทนี้เกิดขึ้นทันทีเมื่อมีสิ่งกระตุ้นหรือเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องตอบสนองอย่างรวดเร็ว เช่น ภัยพิบัติ หรืออุบัติเหตุ การตอบสนองต่อความเครียดในลักษณะนี้มักจะเป็นแบบฉุนเฉียว โดยระบบทางร่างกายจะกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอะดรีนาลีน (Adrenaline) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยเตรียมร่างกายให้พร้อมรับสถานการณ์ที่คุกคาม ฮอร์โมนเหล่านี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เช่น การขยายของม่านตา การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ หรือการตอบสนองในลักษณะของ "สู้หรือหนี" (fight or flight) ซึ่งเป็นการตอบสนองโดยอัตโนมัติที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดเฉียบพลันมักเกิดขึ้นเพียงระยะสั้นและสามารถหายไปเมื่อสถานการณ์ผ่านพ้นได้

2) ความเครียดเรื้อรัง (Chronic Stress) ความเครียดประเภทนี้เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสะสม โดยบุคคลไม่สามารถรับมือกับภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ความเครียดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือความเครียดจากการทำงานที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ความเครียดเรื้อรังมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถหาทางออกจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจในระยะยาว เช่น การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ทั้งโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือความผิดปกติทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า (Kohn & Schooler, 1983) ความเครียดประเภทนี้จำเป็นต้องมีการจัดการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

การเข้าใจลักษณะของความเครียดทั้งสองประเภทนี้ช่วยให้เราสามารถระบุและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยการลดความเครียดเฉียบพลันสามารถทำได้โดยการใช้วิธีผ่อนคลายทันที เช่น การหายใจลึกหรือการฝึกสมาธิ ขณะที่การจัดการกับความเครียดเรื้อรังต้องใช้เวลาปรับวิถีการใช้ชีวิต

หรือการให้การสนับสนุนทางสังคมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3.1.4 ผลกระทบของความเครียด

ความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งผลกระทบเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีรายละเอียดดังนี้ (วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์, 2565)

1) ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เมื่อบุคคลเกิดความเครียด มักจะมีอารมณ์แปรปรวน เช่น โกรธ หงุดหงิด หรือมีความคิดลบ รู้สึกสับสนและทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ การเกิดความเครียดสะสมอาจทำให้บุคคลสูญเสียสมาธิ ความจำไม่ดี และทำผิดพลาดบ่อยครั้ง หากความเครียดไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดโรควิตกกังวล และหากความวิตกกังวลสะสมไปเรื่อย ๆ อาจพัฒนาไปเป็นโรคจิต ซึ่งมีอาการสับสน ย้ำคิดย้ำทำ ในที่สุดหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ความเครียดอาจสะสมเข้าสู่จิตลึกและพัฒนาไปสู่ภาวะโรคซึมเศร้า (Kessler, 2003)

2) ผลกระทบต่อร่างกาย ความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกายในหลายระบบอย่างชัดเจน เช่น การเกิดผมหงอกและผมหงอก เนื่องจากเมื่อร่างกายอยู่ในสภาวะเครียดเซลล์รากผมจะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เส้นผมเข้าสู่วงจรหลุดร่วงเร็วขึ้นและอาจทำให้ผมหงอกก่อนวัย (Kiecolt-Glaser et al., 2002) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบหัวใจ ความเครียดอาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติหรือเร็วเกินไป ส่งผลให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืด ใจสั่นและอ่อนเพลีย รวมทั้งสามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตที่อาจนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด (Chida et al., 2008) อีกทั้งระบบทางเดินอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับผลกระทบจากความเครียดที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยมากหรือน้อยเกินไป ส่งผลให้เกิดโรคกระเพาะอาหารหรือลำไส้แปรปรวนรวมถึงอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และท้องเสีย (Jenkins et al., 1999) ระบบภูมิคุ้มกัน ความเครียดสามารถทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติลดประสิทธิภาพในการต่อสู้กับเชื้อโรค ซึ่งทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (Segerstrom & Miller, 2004) และการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลจากความเครียดยังสามารถส่งผลกระทบต่อกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมเร็วขึ้นและอาจก่อให้เกิดภาวะ Adrenal Fatigue หรือความเหนื่อยล้าของต่อมหมวกไต (Lupien et al., 2009)

3) ผลกระทบต่อพฤติกรรม ความเครียดมักนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาความเครียด นอกจากนี้ยังอาจทำให้บุคคลก้าวร้าวมากขึ้น เช่น การทะเลาะกับผู้อื่นหรือการแสดงพฤติกรรมทางลบ เช่น การดืงผมหรือกัดเล็บ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

4) ผลกระทบต่อครอบครัว ความเครียดจากภายนอก เช่น ปัญหาทางการเงินหรือการเงิน อาจถูกระบายออกในรูปแบบของพฤติกรรมทางลบต่อคนใกล้ชิดในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การทะเลาะเบาะแว้งและการขาดความเข้าใจกัน

5) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของบุคคล เนื่องจากการขาดงาน การลดประสิทธิภาพในการทำงาน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและเสี่ยงต่อความยากจน

โดยรวมแล้ว ความเครียดไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและร่างกายของบุคคล แต่ยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถทำให้เกิดวงจรที่ยากจะหลีกเลี่ยงหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม

2.3.1.5 การประเมินความเครียด

ความเครียด เป็นภาวะทางจิตใจที่เกิดจากความกดดันที่บุคคลไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในหลายด้าน เช่น ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระ ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้จากการแสดงออกต่าง ๆ ของบุคคล เมื่อบุคคลรู้สึกเครียด การประเมินความเครียด

จึงสามารถทำได้จากปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้ โดยสรุปได้ 4 วิธีหลักในการประเมินความเครียด ดังนี้ (Lazarus, 1966)

1) การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self-report) การประเมินความเครียดโดยให้บุคคลรายงานข้อมูลเกี่ยวกับตัวเอง สามารถทำได้ผ่านการตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) การสัมภาษณ์ หรือการทดสอบมาตรฐานต่าง ๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเหล่านี้ในด้านความเที่ยงและความตรง ตัวอย่างแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความเครียด ได้แก่

1.1) แบบสอบถาม SCL-90 (Symptom Check List 90) แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 90 ข้อคำถาม 5 สเกล ใช้ในการวัดความผิดปกติทางจิตใจที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อาการย้ำคิดย้ำทำ อาการเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น และอาการทางประสาท

1.2) แบบสอบถาม CMI (Cornell Medical Index) แบบสำรวจสุขภาพจิตที่มี 195 ข้อคำถามแบบตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ใช้ในการประเมินภาวะทางจิต เช่น ความเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโกรธ

1.3) แบบสำรวจ HOS (Health Opinion Survey) แบบสำรวจที่มี 20 ข้อคำถาม ใช้ในการประเมินอาการผิดปกติทางร่างกาย จำนวน 18 ข้อ และ 2 ข้อ ถามเกี่ยวกับจิตใจที่แสดงถึงผลจากการปรับตัวต่อความเครียด

1.4) แบบประเมินความเครียด SOS (Symptoms of Stress Inventory) แบบสำรวจเพื่อประเมินระดับความเครียดที่พัฒนาขึ้นโดยภาควิชาพยาบาลจิตสังคม มหาวิทยาลัยวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งดัดแปลงมาจาก Cornell Medical Index มีข้อคำถามจำนวน 107 ข้อ

1.5) แบบประเมินความเครียดสวนปรง SPST-20 (สวนปรง Stress Test-20) แบบประเมินที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรง กรมสุขภาพจิต โดยมี 20 ข้อคำถามในรูปแบบ 5 สเกล เพื่อวัดความเครียดที่แสดงออกทางร่างกายและจิตใจ

2) การใช้เทคนิคการฉายภาพ (Projective Techniques) เทคนิคนี้ใช้ในการวัดการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่กำหนด เช่น การตอบแบบทดสอบ Rorschach (ภาพหมึก) หรือ Thematic Apperception Test (TAT) ซึ่งจะช่วยให้ทราบภาพจิตใจของบุคคลที่กำลังเผชิญกับความเครียด การใช้เทคนิคนี้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล

3) การใช้การสังเกต (Observation) การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในภาวะความเครียด เช่น การพูดจาเกรี้ยวกราด อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดสมาธิในการทำงาน หรือการสังเกตจากภาษาท่าทาง เช่น การถอนหายใจบ่อย ๆ สีหน้า แววตา น้ำเสียง และท่าทาง

4) การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Neurophysiological Change) การประเมินความเครียดโดยการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต หรือการตึงของกล้ามเนื้อ (เช่น การใช้ EMG Biofeedback) ซึ่งต้องใช้เครื่องมือพิเศษและผู้เชี่ยวชาญในการวัดผล

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การประเมินความเครียดนั้นสามารถประเมินได้โดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบวัดในลักษณะต่างๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) ของโรงพยาบาลสวนปรง กรมสุขภาพจิตมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบวรนคราตุร

2.3.2 แบบประเมินความเครียดโรงพยาบาลสวนปรง (SPST-20) (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2567)

แบบประเมินความเครียดโรงพยาบาลสวนปรง (SPST-20) พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรง กรมสุขภาพจิต ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้าน

ชีวภาพ จิตใจ และสังคม ความเครียดในแบบนี้ถูกวัดจากบุคลิกภาพ วิตกกังวล อาการทางกายและจิตที่สัมพันธ์กับความเครียด เครื่องมือนี้นี้เหมาะสำหรับการใช้ในงานค่าปริกษา การให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติงานและการดำรงชีวิตทั่วไป วัตถุประสงค์ของการใช้แบบวัดนี้คือเพื่อประเมินระดับความเครียดของบุคคล

วิธีการนำไปใช้

แบบวัดความเครียดของส่วนปรุง เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเองตามข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ตอบ แบบวัดความเครียดส่วนปรุงจะมี 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ

การให้คะแนน

ให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบให้ประเมินว่าผู้ตอบมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วให้เครื่องหมายในช่องนั้นๆ การให้คะแนนของแบบวัดความเครียดส่วนปรุงเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับให้ คะแนน 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ดังนี้

- คะแนนความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
- คะแนนความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
- คะแนนความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง
- คะแนนความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
- คะแนนความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

การแปลผล

แบบวัดความเครียดส่วนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมคะแนนที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 0 – 23 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (Mild stress) ซึ่งมักจะหายไปในระยะเวลาอันสั้น ความเครียดในระดับนี้เป็นลักษณะของความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตในภาพรวม บุคคลในภาวะนี้จะสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ด้วยการปรับตัวที่เป็นธรรมชาติและไม่ต้องใช้ในการปรับตัวอย่างพลังงานมาก และเป็นการปรับตัวที่มีลักษณะของการผ่อนคลายร่างกาย ความเครียดในระดับนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองและบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับคะแนน 24 – 41 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate stress) เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ความเครียดในระดับนี้ถือเป็นภาวะที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่รุนแรงจนถึงขั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อการดำเนินชีวิต ความเครียดระดับนี้สามารถบรรเทาได้โดยการใช้วิธีการต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การฟังเพลง การทำงานอดิเรก การอ่านหนังสือ หรือการพูดคุยและระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้วางใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถผ่อนคลายและลดความเครียดลงได้ ในระดับนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการเผชิญกับสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์สำคัญในสังคม โดยบุคคลจะตอบสนองด้วยความวิตกกังวลหรือความกลัว แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่รุนแรงและสามารถปรับตัวได้ ความเครียดในระดับนี้สามารถกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้นในการจัดการสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับคะแนน 42 – 61 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (Height stress) ซึ่งเกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง หรือความเดือดร้อนจากสิ่งต่างๆ หรือเหตุการณ์รอบตัว การตอบสนองในลักษณะของความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกขัดแย้ง ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การปรับตัวเพื่อลดความเครียดในระดับนี้ทำได้ยาก

และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเครียดในระดับนี้ถือเป็นภาวะที่อยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาอาจพัฒนาไปสู่ภาวะเครียดเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาในภายหลัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร การจัดการความเครียดในระดับนี้ควรเริ่มจากการใช้วิธีคลายเครียดที่ง่ายและได้ผล เช่น การฝึกการหายใจลึก การพูดคุยหรือระบายความเครียดกับบุคคลที่ไว้วางใจ และการค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาความเครียดในระยะยาว

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดที่ดำเนินติดต่อกันอย่างต่อเนื่องจากการเผชิญกับวิกฤตชีวิต เช่น การเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรัง การมีความพิการ การสูญเสียคนรัก ทรัพย์สินหรือสิ่งที่มีความหมาย ซึ่งทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และหมดแรง การควบคุมตนเองกลายเป็นเรื่องยาก ส่งผลให้เกิดอาการทางกายและโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย ความเครียดในระดับนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล ทำให้ชีวิตขาดความสุข มีความคิดฟุ้งซ่าน และไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังมีปัญหาในการยับยั้งอารมณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและร่างกายที่รุนแรงขึ้นในระยะยาว

2.3.3 การเผชิญความเครียด (Coping stress) และกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (Coping strategies)

2.3.3.1 การเผชิญกับความเครียด (Coping stress)

การเผชิญกับความเครียด (Coping stress) เป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดในชีวิต โดยการเผชิญกับความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาเป้าหมายหรือการหลีกเลี่ยงภัยคุกคามที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถส่งผลกระทบปรับตัวทางจิตวิทยาและความสุขของบุคคล (Carver & Connor-Smith, 2010) ความเครียดถือเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยายามบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Lazarus, 1996, อ้างถึงใน Monzani et al., 2015)

การเผชิญกับความเครียด (Coping stress) หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่สร้างความเครียด เพื่อบรรเทาหรือลดผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น การเผชิญกับความเครียดนั้นสามารถทำได้ทั้งทางพฤติกรรมและจิตใจ โดยบุคคลอาจเลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับลักษณะของสถานการณ์และความสามารถในการรับมือของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) กลยุทธ์ในการเผชิญกับความเครียดจะมีทั้งกลยุทธ์ที่มุ่งหวังผลในการแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) และกลยุทธ์ที่มุ่งหวังเพื่อการจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping) ทั้งนี้กลยุทธ์เหล่านี้สามารถช่วยให้บุคคลรับมือกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเผชิญกับความเครียดเกี่ยวข้องกับการบวนการทางพฤติกรรมและการคิดที่บุคคลใช้ในการจัดการกับความเครียด โดยมีการพัฒนาและใช้ทักษะต่างๆ เพื่อปรับลดระดับความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา (Baumstarck et al., 2017) เมื่อเผชิญกับความเครียด บุคคลจะใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการตอบสนองและจัดการกับความเครียด โดยกระบวนการนี้ช่วยลดความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นฟูสภาวะจิตใจและร่างกายได้

2.3.3.2 กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (Coping strategies)

กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (Coping Strategies) หมายถึง ความพยายามที่บุคคลใช้ทั้งทางพฤติกรรมและจิตใจเพื่อรับมือกับความเครียด โดยกลยุทธ์เหล่านี้สามารถมีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับการประเมินและการเข้าใจสถานการณ์ของแต่ละบุคคล (Numsang & Tantrarungroj, 2018) กลยุทธ์การรับมือกับความเครียดนั้นสามารถแบ่งออกเป็นหลายมิติที่สามารถใช้ได้สถานการณ์ที่ตึงเครียด และแต่ละกลยุทธ์มีการตอบสนองต่อความเครียดในลักษณะที่แตกต่างกันตามอารมณ์และการมองสถานการณ์

ของบุคคล (Baumstarck et al., 2017)

กลยุทธ์การรับมือกับความเครียดมีพื้นฐานจากหลายแบบจำลองทางทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับ เช่น แบบจำลองการจัดการความเครียดของลาซารัส (Lazarus, 1984) และแบบจำลองการควบคุมตนเองตามพฤติกรรมของ Carver และ Scheier (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) มีความสำคัญในการช่วยบุคคลรับมือกับความเครียด โดยการเผชิญกับความเครียดสามารถแบ่งออกเป็นหลายมิติที่แต่ละมิติสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดในรูปแบบที่แตกต่างกัน การศึกษาและการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินกลยุทธ์เหล่านี้ได้แสดงให้เห็นว่า กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดสามารถจำแนกได้ออกเป็น 14 มิติ (Baumstarck et al., 2017) ซึ่งแต่ละมิตินี้มีลักษณะและวิธีการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังนี้

1) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Self-distraction) เป็นกลยุทธ์ที่บุคคลใช้ในการหันเหความสนใจจากสิ่งที่สร้างความเครียดไปยังสิ่งอื่น เช่น การดูทีวี การเล่นเกม หรือการทำกิจกรรมที่ช่วยให้ลืมความเครียดชั่วขณะ เพื่อบรรเทาความรู้สึกวิตกกังวลและช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย

2) การรับมือความเครียดเชิงรุก (Active coping) เป็นกลยุทธ์ที่บุคคลใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยการดำเนินการเพื่อหาทางออกหรือจัดการกับปัญหาด้วยการใช้ความพยายามหรือทักษะต่าง ๆ เช่น การวางแผนและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3) การปฏิเสธปัญหา (Denial) กลยุทธ์นี้หมายถึงการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธที่จะยอมรับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลอาจเลือกที่จะไม่เผชิญกับความจริงหรือไม่ยอมรับว่ามีปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งมักเป็นวิธีการที่ช่วยให้สามารถหลีกเลี่ยงความเครียดได้ชั่วคราว

4) การใช้สารเสพติด (Substance use) บุคคลอาจใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ยาเสพติด เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับความเครียด โดยหวังว่าจะช่วยบรรเทาความเครียดและให้ความรู้สึกสบายขึ้น แต่ในระยะยาวจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและความเครียดที่รุนแรงขึ้น

5) การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) บุคคลที่เผชิญกับความเครียดมักแสวงหาความช่วยเหลือทางอารมณ์จากผู้อื่น เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้รู้สึกปลอดภัยและได้รับการยอมรับ ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มพลังในการรับมือกับปัญหา

6) การแสวงหาความช่วยเหลือ (Use of emotional support) การขอความช่วยเหลือจากคนอื่นเพื่อรับฟังหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด ซึ่งอาจเป็นการได้รับการให้คำปรึกษาหรือการมีคนคอยให้กำลังใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น

7) การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา (Behavioral disengagement) การเลือกที่จะไม่ดำเนินการใดๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือความเครียด อาจเป็นการถอยออกจากสถานการณ์หรือปล่อยปัญหาทิ้งไว้ ซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกท้อแท้หรือไม่มีพลังที่จะจัดการกับปัญหานั้น

8) การระบายความรู้สึก (Venting) การพูดหรือแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกภายใน โดยอาจพูดคุยหรือแสดงอารมณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การร้องไห้หรือระบายอารมณ์ออกมา การทำเช่นนี้สามารถช่วยลดความตึงเครียดและให้ความรู้สึกผ่อนคลาย

9) การปรับมุมมองเชิงบวก (Positive reframing) การพยายามมองสถานการณ์ที่เครียดในมุมมองที่บวกหรือหาทางมองเห็นโอกาสหรือแง่ดีในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เช่น การคิดว่าแม้สถานการณ์ยากลำบากแต่ก็สามารถเรียนรู้และเติบโตได้

10) การวางแผน (Planning) การเตรียมตัวและวางแผนเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การจัดการเวลา การแบ่งงาน หรือการเตรียมทรัพยากรเพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

11) การยอมรับ (Acceptance) การยอมรับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นโดยไม่ต่อต้าน

หรือพยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ การยอมรับนี้ช่วยลดความตึงเครียดและเพิ่มความสงบในใจ

12) การใช้อารมณ์ขัน (Humor) การใช้ความขบขันหรือการมองสถานการณ์ในแง่ขันขัน เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดและลดความตึงเครียดในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

13) การใช้หลักศาสนา (Religion) การหันไปหาความช่วยเหลือจากหลักศาสนาหรือความเชื่อ เพื่อให้ได้ความสงบและกำลังใจในยามที่ต้องเผชิญกับความเครียด การภาวนา การไปวัด หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาสามารถเป็นวิธีการหนึ่งในการรับมือกับความเครียด

14) การตำหนิตนเอง (Self-blame) การตำหนิตัวเองเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้บุคคลรู้สึกผิดหรือรับผิดชอบต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การตำหนิตัวเองอาจช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ามี การควบคุมสถานการณ์ แต่ก็สามารถเพิ่มความเครียดในระยะยาวได้

กลยุทธ์เหล่านี้ยังสามารถจัดกลุ่มตามลักษณะการสนับสนุนทางสังคม การแก้ปัญหา การหลีกเลี่ยง (Avoidance strategies) และการใช้ทัศนคติเชิงบวก (Positive attitude) ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อปรับตัวและลดผลกระทบจากความเครียด (Baumstarck et al., 2017)

การเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์และความสามารถในการรับมือ การใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมไม่เพียงแต่ช่วยลดความเครียดในระยะสั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างความสามารถในการจัดการกับปัญหาในระยะยาวอีกด้วย

2.3.4 แนวคิดและทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman)

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ได้รับการพัฒนาในช่วงปี 1980 โดยนักจิตวิทยา Richard Lazarus และ Susan Folkman โดยมีพื้นฐานมาจากการวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อความเครียดและปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นที่การทำความเข้าใจว่า ความเครียดเกิดขึ้นอย่างไรจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ทฤษฎียังให้ความสำคัญกับกระบวนการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์เหล่านั้น เช่น การเลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ตามทฤษฎีของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดเป็นกระบวนการเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการเกิดความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกระบุว่าเป็นภัยคุกคาม หรือเกินขีดความสามารถในการรับมือของตนเอง สถานการณ์ที่บุคคลเผชิญจึงไม่เพียงแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายนอก แต่ยังมีความสำคัญในการรับรู้และการประเมินสถานการณ์เหล่านั้นด้วยตัวอย่างเช่น สถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นภัยคุกคามอาจทำให้เกิดความเครียด ในขณะที่สถานการณ์เดียวกันหากบุคคลประเมินว่าเป็นความท้าทายอาจทำให้มีความกระตือรือร้นในการรับมือ (Lazarus & Folkman, 1984) การรับรู้ (Perception) และกระบวนการประเมิน (Appraisal) ของบุคคลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญในการกำหนดว่าบุคคลจะประสบกับความเครียดหรือไม่ ทฤษฎีนี้เสนอว่า ความเครียดเกิดขึ้นจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลที่อาจแปลความหมายของสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกันแตกต่างกันได้ ในขณะเดียวกันในบุคคลเดียวกันก็อาจมีการแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกันในแต่ละเวลา ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และการพัฒนาการทางสติปัญญาที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (Lazarus, 1996)

ลาซาลัสและโฟล์คแมน (1984) ได้เสนอว่า ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยสติปัญญา (Cognitive Appraisal) ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมนั้นเกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่ตนเองมี (Resources) ซึ่งทำให้รู้สึกถึงภัยคุกคามเป็นอันตราย หรือสูญเสีย หรืออาจรู้สึกถึงความท้าทายต่อความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินนี้จะส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะ

ของความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือบางครั้งอาจแสดงออกว่าเป็นความท้าทายมากกว่าความคุกคาม (Carver & Scheier, 1989) ทฤษฎีนี้ยังระบุด้วยว่า ความเครียดไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอกหรือจากตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน การรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามหรือความท้าทายจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาของแต่ละบุคคล รวมถึงความสามารถในการประเมินสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคคลจะตัดสินใจสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือท้าทายต่อความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินสถานการณ์และการตอบสนองที่เกิดขึ้นจากความเครียดจะมีความแตกต่างกันตามความสามารถในการใช้สติปัญญาของแต่ละบุคคล ซึ่งการประเมินนั้นสามารถช่วยลดหรือเพิ่มระดับความเครียดได้ ขึ้นอยู่กับวิธีที่บุคคลเลือกใช้ในการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจของบุคคล

การประเมินและการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อระดับความเครียดและการรับมือกับสถานการณ์เหล่านั้น ตามทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินและการตัดสินใจสามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) และ ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situation factors) (Lazarus & Folkman, 1984)

1) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors)

1.1) ข้อผูกพัน (Commitments) ข้อผูกพันคือการมองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในแง่ของความสำคัญและความหมายที่มีต่อบุคคล ความสำคัญที่บุคคลให้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามหรือไม่ หากบุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งสำคัญและมีความหมายต่อตัวเองมาก จะมองว่าเหตุการณ์นั้นคุกคามมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดที่สูงขึ้น ความสำคัญหรือข้อผูกพันที่มีต่อเหตุการณ์นี้ สามารถกระตุ้นบุคคลให้มีแรงผลักดันในการหาทางออกและการแก้ไขสถานการณ์เพื่อให้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยมากอาจรู้สึกเครียดมากขึ้น เมื่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลกระทบต่อความมั่นคงของผู้ป่วย

1.2) ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อของบุคคลในสิ่งที่คิดว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่มีความสำคัญต่อการประเมินความเครียด หากบุคคลมีความเชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น ความเชื่อในศาสนา หรือความเชื่อในการรักษาพยาบาล จะทำให้มองสถานการณ์นั้นเป็นความท้าทายและกระตุ้นให้มีความกระตือรือร้นในการหาทางแก้ไขสถานการณ์ (Carver et al., 1989) ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลเชื่อว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถควบคุมได้ จะมองสถานการณ์เป็นอันตรายหรือการสูญเสีย ทำให้เกิดความเครียดที่สูงขึ้นและทำให้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ลดลง

2) ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situation factors) ได้แก่

2.1) ความแปลกใหม่ (Novelty) สถานการณ์ที่แปลกใหม่หรือไม่คุ้นเคยอาจทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงขึ้น เนื่องจากการไม่เคยประสบกับสถานการณ์เหล่านั้นมาก่อน บุคคลจะไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับวิธีการตอบสนองที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ความแปลกใหม่ในการดูแลอาจทำให้เกิดความเครียดสูงขึ้นจากการไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

2.2) ความสามารถในการทำนาย คาดเดาสถานการณ์ในอนาคต (Predictability) สถานการณ์ที่บุคคลสามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ จะทำให้บุคคลประเมินความเครียดในลักษณะที่รุนแรงน้อยกว่าการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้ การทำนายล่วงหน้าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

สามารถช่วยให้บุคคลเตรียมตัวและรับมือได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีประสบการณ์ในงานดูแลผู้ป่วยจะสามารถคาดการณ์หรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ความเครียดต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เมื่อต้องมาดูแลและไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าส่งผลกระทบอะไรบ้าง ทำให้เกิดความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จะสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้จะเกิดความเครียดน้อยกว่า

2.3) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (Event uncertainty) สถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้หรือมีความคลุมเครือเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสามารถเพิ่มระดับความเครียดของบุคคล การไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่เกิดจากสถานการณ์นั้นทำให้บุคคลไม่สามารถวางแผนหรือเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ได้ (Folkman & Moskowitz, 2000) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น อาการแทรกซ้อนจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งจะเพิ่มความเครียดในสถานการณ์เหล่านั้น

2.4) ปัจจัยด้านเวลา (Temporal factors) ปัจจัยด้านเวลา มีบทบาทสำคัญในการประเมินความเครียด โดยมีหลายมิติที่สามารถส่งผลต่อการรับมือกับสถานการณ์ ได้แก่

- ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์ (Imminence) หากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์สั้น ๆ บุคคลจะรู้สึกถึงความเร่งด่วนและอาจประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามที่ใหญ่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่มีช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์ยาวนานกว่า (Lazarus & Folkman, 1984)

- ช่วงเวลาที่สถานการณ์มีผลต่อบุคคล (Duration) หากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดนั้นยาวนาน บุคคลมักจะประเมินว่าเขาคงเผชิญกับความเครียดในระยะยาว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ความเครียดที่สะสมจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Pinquart & Sorensen, 2003)

- การไม่ทราบว่าจะสถานการณ์จะเกิดขึ้นเมื่อใด (Temporal uncertainty) การที่บุคคลไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดในอนาคตเมื่อใด หรือสถานการณ์จะมีผลต่อเขาในช่วงเวลาไหน ซึ่งสร้างความไม่แน่นอนและความวิตกกังวลให้กับบุคคล เนื่องจากบุคคลไม่สามารถเตรียมตัวหรือจัดการกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความคลุมเครือ (Ambiguity) เกี่ยวข้องกับความไม่แน่นอนในสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลที่เกิดขึ้นได้ เช่น บุคคลอาจไม่ทราบว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใดหรือในรูปแบบใด สิ่งนี้อาจทำให้เกิดความเครียดในลักษณะคุกคามหรืออันตราย เนื่องจากบุคคลไม่สามารถเตรียมตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า (Folkman & Moskowitz, 2000)

จะเห็นได้ว่า การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ซึ่งรวมถึงปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า และปัจจัยด้านเวลา การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามหรือความท้าทายมีความสำคัญในการจัดการกับความเครียด โดยเฉพาะในกรณีที่มีการสูญเสียหรือภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและความปลอดภัยของชีวิต การทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น แนวคิดนี้ยังช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการของการเผชิญความเครียด (Coping) ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นสองประเภทคือ การรับมือโดยการหลีกเลี่ยง (Emotion-focused coping) ที่มุ่งไปที่การจัดการอารมณ์ของตนเองเพื่อบรรเทาความเครียด และการรับมือโดยการแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) ที่มุ่งหวังให้แก้ไขหรือปรับปรุงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ทฤษฎีนี้จึงเสนอให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม การประเมินในเชิงปัญญา (Cognitive appraisal) ของแต่ละบุคคลและทรัพยากรที่ใช้ในการเผชิญความเครียดเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดระดับความเครียดและการตอบสนองต่อสถานการณ์

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด (Coping)

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการทางจิตใจที่บุคคลใช้เมื่อพบกับความเครียดหรือความท้าทายในชีวิต ซึ่งลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความท้าทายหรือปัญหากระทบ บุคคลจะทำการประเมินสถานการณ์เพื่อพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางบวกหรือทางลบสำหรับตนเอง จากนั้น บุคคลจะเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการรับมือกับสถานการณ์นั้น ๆ

กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process)

กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Event or stressor) การประเมิน (Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping) ซึ่งทั้งสามองค์ประกอบนี้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดการตอบสนองของบุคคลต่อความเครียดและวิธีการที่ใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

1. เหตุการณ์ (Event) ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือ Stressor คือ สิ่งที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลรู้สึกไม่มั่นคงหรือขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดและมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและร่างกายของบุคคล เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองต้องเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกินความสามารถในการควบคุมหรือจัดการ ในกรณีของการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ตัวอย่างของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอาจรวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลง การขาดทรัพยากรในการดูแล หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเอง บุคคลจะรู้สึกว่ามีความอุปสรรคหรือความท้าทายที่ต้องเผชิญ ซึ่งจะกระทบต่อความรู้สึก

2. การประเมิน (Appraisal) ในการกระบวนการเผชิญความเครียดที่สำคัญ คือ การประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา ที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (Emotional and Behavior response) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจ รวมถึงการตัดสินใจ กรอแกล้งปัญหา และการเลือกวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามี 3 แบบ ได้แก่

2.1 การประเมินปฐมภูมิ (Primary Appraisal) กระบวนการที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ ในระยะนี้บุคคลจะพิจารณาสถานการณ์ในมุมมองของการคุกคาม (Threat) การสูญเสีย (Loss) ความท้าทาย (Challenge) ที่จะส่งผลต่อความรู้สึกและการตอบสนองของบุคคล

- ภัยคุกคาม (Threat) หากบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามที่อาจทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง หรือส่งผลเสียต่อความมั่นคงของชีวิต พวกเขาจะรู้สึกเครียดมากขึ้นและอาจตอบสนองด้วยความวิตกกังวลหรือความกลัว

- การสูญเสีย (Loss) การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นการสูญเสียมักจะทำให้บุคคลรู้สึกเจ็บปวดหรือสูญเสียสิ่งที่มีค่า เช่น การสูญเสียความสามารถในการดูแลตัวเองหรือสูญเสียความสัมพันธ์ที่สำคัญ

- ความท้าทาย (Challenge) เมื่อบุคคลมองว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความท้าทายที่สามารถจัดการและรับมือได้ พวกเขาจะตอบสนองด้วยความกระตือรือร้นและมองหาวิธีการใหม่ ๆ ที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้

ตัวอย่างในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หากผู้ดูแลประสบกับอาการที่แย่ลงของผู้ป่วย การประเมินขั้นปฐมภูมิจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ว่าอาการของผู้ป่วยเป็น ภัยคุกคาม ต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่ หรืออาจประเมินว่าเป็น ความท้าทาย ที่สามารถรับมือและหาทางแก้ไขได้ หากผู้ดูแลมองว่าอาการของผู้ป่วยเป็นภัยคุกคาม พวกเขาอาจรู้สึกวิตกกังวลและพยายามหาทางบรรเทาหรือแก้ไขอาการนั้น แต่หาก

มองว่าเป็นความท้าทาย พวกเขาอาจจะรู้สึกมีกำลังใจและสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การประเมินปฐมภูมินี้ส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคลต่อความเครียดในระยะถัดไป เพราะจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่บุคคลจะใช้ ไม่ว่าจะเป็นการใช้กลยุทธ์การเผชิญหน้ากับปัญหา (Problem-focused coping) หรือ การจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) เพื่อจัดการกับผลกระทบทางอารมณ์และพฤติกรรมจากความเครียด

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) หลังจากที่บุคคลได้ทำการประเมินสถานการณ์ในระดับการประเมินปฐมภูมิ (Primary Appraisal) ขั้นตอนถัดไปในการเผชิญความเครียด คือ การประเมินทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินทรัพยากรที่มีอยู่และทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินทุติยภูมิ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพิจารณาว่ามี ทรัพยากร หรือกลยุทธ์อะไรบ้างที่สามารถใช้ในการรับมือกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น การประเมินนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ว่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นภัยคุกคามหรือความท้าทายได้อย่างไร หรือหากคิดว่าไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ จะมองหาวิธีการหรือแหล่งสนับสนุนที่สามารถช่วยลดผลกระทบจากความเครียดได้

ขั้นตอนการประเมินทุติยภูมิ

การประเมินทุติยภูมิจะมุ่งเน้นไปที่การประเมินทรัพยากรที่บุคคลมีและสามารถนำมาใช้ในการรับมือกับสถานการณ์ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นหลายประเภท ได้แก่

1) ทรัพยากรภายในบุคคล (Internal Resources) เช่น ความสามารถทางจิตใจ ทักษะในการแก้ไขปัญหา ความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง หรือความเชื่อในความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ทรัพยากรภายในเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ทรัพยากรภายนอก (External Resources) เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือเครือข่ายทางสังคม การเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่น การปรึกษาแพทย์เพื่อหาวิธีการรักษาผู้ป่วย หรือการได้รับการสนับสนุนทางการเงินหรือสังคม ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในการรับมือกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างการประเมินทุติยภูมิในบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง บุคคลอาจประเมินทรัพยากรที่มีเพื่อรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น

- ผู้ดูแลอาจประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ภายในตัวเอง เช่น ความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือความสามารถในการหาทางออกจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก

- ผู้ดูแลอาจพิจารณาแหล่งสนับสนุนจากภายนอก เช่น การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว การขอคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย หรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลที่มีประสบการณ์คล้ายกัน

หากสถานการณ์ถูกประเมินว่าเป็นภัยคุกคามที่รุนแรง บุคคลจะมองหาวิธีการหรือแหล่งสนับสนุนที่สามารถช่วยลดความเครียดหรือผลกระทบจากสถานการณ์นั้น เช่น การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม หรือการหาข้อมูลเพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ในการพิจารณาทรัพยากรและกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เขาประเมินว่าเป็นภัยคุกคามหรือความท้าทาย การประเมินนี้จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ว่าจะใช้วิธีใดในการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการประเมินทรัพยากรที่มีอยู่อาจเป็นทั้งภายในตัวบุคคลและจากภายนอก เช่น การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมหรือการเข้าถึงข้อมูลที่เป็น

2.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) และปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากการประเมินปฐมภูมิ (Primary Appraisal) และการประเมินทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) โดยในขั้นตอนนี้นักบุคคลจะใช้ข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกบุคคลในการควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินซ้ำจึงมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ซึ่งหมายถึงสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการทำงานของกลไกการปกป้องหรือการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินซ้ำนี้สามารถเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันกับการประเมินขั้นอื่น ๆ ทั้งนี้การประเมินซ้ำเป็นการพิจารณาว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความจริงหรือไม่ และสถานการณ์นั้นส่งผลต่อบุคคลในลักษณะใด เช่น ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดที่รุนแรงหรือไม่ การประเมินซ้ำนี้มีความสำคัญในกระบวนการเผชิญความเครียด เนื่องจากช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ใหม่ ๆ หรือข้อมูลใหม่ ๆ ที่ได้รับ

3. การเผชิญความเครียด (Coping)

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้กลยุทธ์ เพื่อจัดการกับความเครียดและสถานการณ์ที่ท้าทายหลังจากการประเมินสถานการณ์ เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์แล้วจะเลือกใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด ซึ่งแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่

ประเภทที่ 1 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญห (Problem-Focused Coping) การเผชิญความเครียดในประเภทนี้ หมายถึงการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรง บุคคลจะมุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญห การเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงสถานการณ์เพื่อให้ลดแรงกดดันจากปัญหาที่เกิดขึ้น ตัวอย่างกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดในรูปแบบนี้ ได้แก่

- การยอมรับสถานการณ์ การยอมรับความเป็นจริงและการรับรู้ว่ามีสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้
- การแสวงหาข้อมูลหรือทรัพยากรที่จำเป็น การหาข้อมูลเพิ่มเติมหรือขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดการกับสถานการณ์
- การตัดสินใจแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม การหาวิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
- การเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ การพัฒนาทักษะใหม่ ๆ เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก (Carver & Scheier, 1989)

ประเภทที่ 2 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) การเผชิญความเครียดในประเภทนี้มุ่งเน้นการจัดการกับผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากความเครียดโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง บุคคลจะใช้กลยุทธ์ในการลดความเครียดในระดับอารมณ์ รวมถึง

- การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ (Cognitive Reappraisal) การมองหาข้อดีจากสถานการณ์ หรือการใช้กลไกทางจิตเพื่อปรับมุมมอง เช่น การปฏิเสธความจริง (Defensive Reappraisal)
- การหลีกเลี่ยงความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ การไม่คิดถึงสถานการณ์หรือการไม่นำสถานการณ์มากังวลใจ
- กลยุทธ์ทางพฤติกรรม การใช้วิธีการทางพฤติกรรมที่ช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์ เช่น การออกกำลังกาย การพูดคุยกับผู้อื่น หรือการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อระบายความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

ลักษณะการเผชิญปัญหาต่อภาวะเครียด

ลาซารัส (Lazarus) ได้สรุปแนวทางการเผชิญความเครียด ไว้ 3 ลักษณะหลักที่บุคคลสามารถเลือกใช้ ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ท้าทายหรือสร้างความเครียด แนวทางเหล่านี้สะท้อนถึงวิธีที่บุคคลจะจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากโดยมีเป้าหมายในการบรรเทาความเครียดหรือหาทางออกที่ดีที่สุดในขณะที่กำลังเผชิญ

ดังนี้ (Lazarus, 1966)

1. การเข้าสู่ (Attack) หมายถึงความพยายามที่บุคคลใช้ในการต่อสู้หรือเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยการใช้วิธีการที่เหมาะสมเพื่อเอาชนะปัญหานั้น ๆ การเข้าสู่สามารถมองได้ว่าเป็นการเผชิญกับปัญหาด้วยการใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นหรือเอาชนะปัญหาได้ เช่น การพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาหรือการหาทางออกที่ดีที่สุดเพื่อเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น (Lazarus, 1966) ตัวอย่างเช่น การเผชิญกับปัญหาทางการเงินของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเข้าสู่ในกรณีนี้อาจหมายถึงการหาแหล่งเงินทุนเพิ่มเติม เช่น การขอความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐ หรือการค้นหางานพิเศษเพื่อเพิ่มรายได้ บุคคลที่เลือกใช้การเข้าสู่ในการเผชิญความเครียดมักมีทัศนคติที่เชิงบวกและมองว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นสามารถเอาชนะได้ หากบุคคลเชื่อว่าเขามีทรัพยากรและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ จะทำให้เขามีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหา และสามารถลดความเครียดลงได้ในที่สุด (Lazarus & Folkman, 1984)

2. การถอยหนี (Withdrawal) เป็นการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ เช่น การเก็บกด (avoidance) หรือการแยกตัวออกจากผู้คนและสถานการณ์ที่ทำให้เครียด (withdrawal) หรือแม้แต่การฟ้องเพื่อหนีจากความจริงที่กีดกันอยู่ (Lazarus, 1966) การถอยหนีเป็นกลยุทธ์ที่บุคคลเลือกใช้เมื่อรู้สึกว่าไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ หรือเมื่อสถานการณ์นั้น ๆ ดูเหมือนจะไม่สามารถควบคุมได้ การใช้กลยุทธ์การถอยหนีในระยะยาวอาจทำให้บุคคลสูญเสียโอกาสในการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง และอาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงปัญหาซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การหลีกเลี่ยงอาจหมายถึงการไม่พูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหรือการพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าการถอยหนีอาจช่วยให้บุคคลรู้สึกผ่อนคลายในระยะสั้น แต่ในระยะยาวอาจทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัญหายังคงไม่ได้รับการแก้ไขและอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตในอนาคต (Folkman & Moskowitz, 2000)

3. การประนีประนอม (Compromise) หมายถึง การยอมรับหรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายบางประการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเอาชนะได้ การประนีประนอมเป็นการหาทางออกที่บุคคลสามารถยอมรับได้ในขณะที่ยังคงพยายามทำให้สถานการณ์ดีขึ้นในขอบเขตที่ทำได้ ซึ่งอาจหมายถึงการลดความคาดหวังหรือการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Lazarus, 1966) ในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การประนีประนอมอาจหมายถึงการยอมรับว่าไม่สามารถให้การดูแลที่สมบูรณ์แบบได้ทั้งหมด และการหาทางออกเพื่อให้การดูแลเป็นไปได้อย่างดีที่สุดในข้อจำกัดที่มีอยู่ เช่น การยอมรับความช่วยเหลือจากคนอื่นในการดูแลผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากองค์กรเพื่อบรรเทาภาระทางการเงิน การประนีประนอมช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่ท้าทายได้ โดยไม่จำเป็นต้องเสียใจหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Carver & Scheier, 1989) ซึ่งสามารถช่วยลดความเครียดและช่วยให้บุคคลยังสามารถทำหน้าที่ได้ดีในที่สุด

สรุป การเผชิญความเครียดสามารถทำได้หลายวิธีตามทฤษฎีของ Lazarus (1966) โดยการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์และทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ การเข้าสู่ การถอยหนี และการประนีประนอมเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดและสถานการณ์ที่ท้าทายได้อย่างเหมาะสม และการเลือกใช้กลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่งนั้นจะมีผลต่อการปรับตัวและความสามารถในการดำเนินชีวิตของบุคคล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดของบุคคลมีความซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งแต่ละปัจจัยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิธีการที่บุคคลเลือกใช้ในการรับมือกับความเครียด โดยทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ ลาสซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ระบุว่า การรับมือกับ

ความเครียดของบุคคลนั้นมีลักษณะที่หลากหลายและขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกและภายในบุคคล รวมถึงการรับรู้สถานการณ์และการประเมินสถานการณ์เหล่านั้น ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดที่สำคัญสามารถแบ่งออกเป็นดังนี้

1. ความรุนแรงของความเครียด ความรุนแรงของความเครียดมีผลกระทบโดยตรงต่อวิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด ลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) ได้ชี้ให้เห็นว่า บุคคลที่มีความเครียดในระดับต่ำมักใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาหรือแบบลดอารมณ์ตึงเครียด เช่น การพูดคุยระบายความเครียดหรือการพยายามหาทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ในขณะที่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางบุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) เพื่อหาทางออกที่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้โดยตรง แต่เมื่อความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรง บุคคลมักจะใช้การเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotion-Focused Coping) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกภายในตัวเองเพื่อบรรเทาความเครียด โดยไม่เน้นการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Anderson, 1977, cited in Lazarus & Folkman, 1984)

2. ระยะเวลาของความเครียดมีผลกระทบต่อการกระบวนการปรับตัวของบุคคลในการเผชิญกับความเครียด เบลล์ (Bell, 1977) กล่าวว่า ีว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานาน บุคคลมักจะค่อยๆ ปรับตัวและเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าในระยะแรก ๆ ที่เกิดความเครียด การเผชิญความเครียดในระยะยาวอาจช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นและหาวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิธีการที่ใช้ในการเผชิญความเครียด ในปัจจุบัน บุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในการเผชิญความเครียดมาก่อนมักจะสามารถรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น เมื่อเกิดสถานการณ์คล้าย ๆ กันในปัจจุบัน การเผชิญความเครียดในอดีตที่ประสบความสำเร็จจะส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาในอนาคต ถ้าในอดีตบุคคลไม่สามารถแก้ไขความเครียดได้ จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจและอาจทำให้การเผชิญความเครียดในอนาคตเกิดความลำบากมากขึ้น (Bell, 1977)

4. อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด เนื่องจาก อายุ ส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลสะสมมาในแต่ละช่วงชีวิต ในวัยสูงอายุ ความสามารถในการใช้ทักษะต่าง ๆ ในการเผชิญความเครียดอาจลดลง เนื่องจากความสามารถทางสติปัญญาและร่างกายที่ลดลง มูและเชฟเฟอร์ (Moo & Schaefer, 1984) ระบุว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น พวกเขาอาจเผชิญกับความเครียดได้ยากขึ้นเพราะการตอบสนองต่อภาวะคุกคามต่าง ๆ อาจได้รับผลกระทบจากการลดลงของสมรรถภาพทางจิตใจและการรับรู้

5. เพศ พบว่า เพศมีบทบาทสำคัญในการเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด การศึกษาโดย เบลล์ (Bell, 1977) และ แกสและแชง (Gass & Chang, 1989) พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน โดยเพศชายมักนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง

6. ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีการศึกษาที่ดีมักจะสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าและสามารถมองเห็นทางเลือกในการเผชิญกับความเครียดอย่างมีเหตุผลมากกว่า จาโลวีกและพาวเออร์ส (Jalowiec & Powers, 1981) พบว่า การศึกษาที่ดีสามารถช่วยให้บุคคลเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้มากขึ้น

7. ลักษณะของความเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิดของโรค ตำแหน่งหรืออวัยวะที่เจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการจะส่งผลกระทบต่อการเผชิญความเครียดของบุคคลได้ รินกินและโมนาฮาน (Rankin & Monahan, 1991) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยอาจแตกต่างกันไปตามประเภทของโรคและระยะเวลา

ของการเจ็บป่วย เช่น โรคที่มีอาการรุนแรงและต่อเนื่องอาจทำให้บุคคลรู้สึกเครียดมากขึ้น และทำให้การเผชิญกับความเครียดเป็นเรื่องยากขึ้น

8. การมีระบบการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนฝูง หรือกลุ่มบุคคลในชุมชนถือเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริลฮาร์ท (Brillhart, 1988) พบว่าการได้รับความรักและความเข้าใจจากครอบครัวและเพื่อนสามารถช่วยให้บุคคลรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น โดยการมีแหล่งสนับสนุนที่ดีช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาต่าง ๆ

สรุป การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรุนแรงของความเครียด ระยะเวลาของความเครียด ประสบการณ์ในอดีต อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะของความเจ็บป่วย และระบบการสนับสนุน ล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ที่เผชิญกับความเครียดสามารถปรับใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

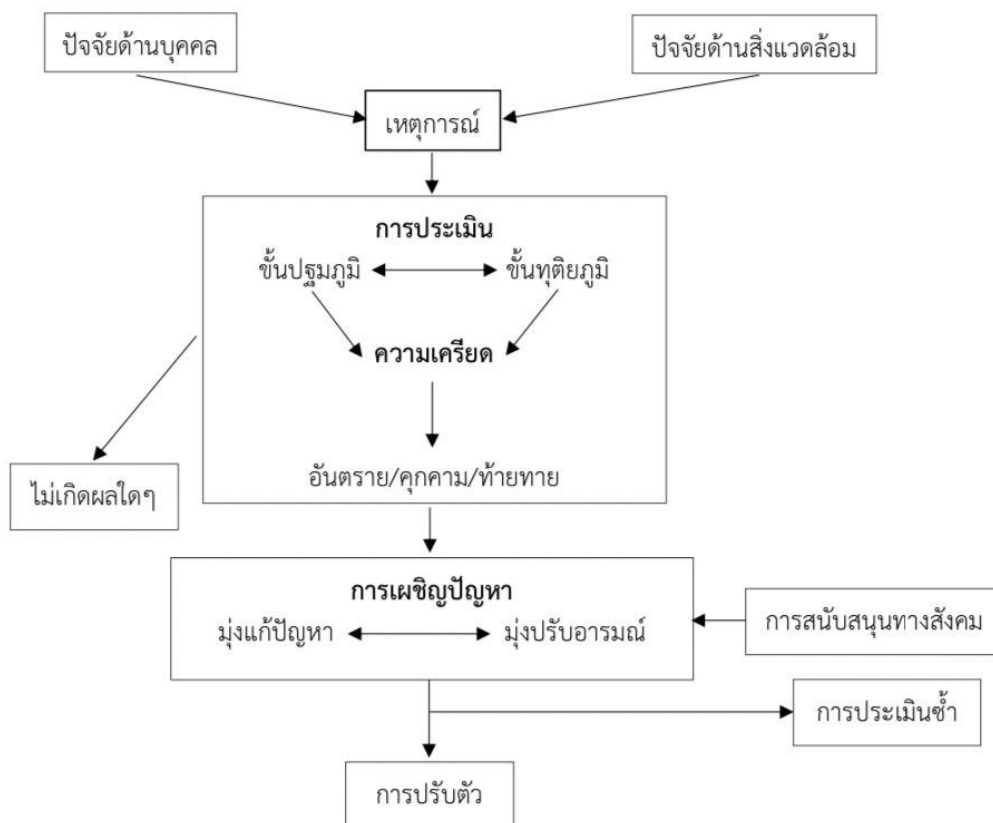
กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่บุคคลต้องปรับสมดุลระหว่างการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Problem-solving) และการลดผลกระทบทางอารมณ์จากความเครียด (Emotion regulation) โดยใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมตามลักษณะและความรุนแรงของสถานการณ์นั้น ๆ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้เสนอกรอบแนวคิดที่เน้นการประเมินสถานการณ์ และการเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลในระยะยาว เชลลีย์ (Shelley, 1991: 32; อ้างอิงจาก Lazarus & Folkman, 1984: 305) สรุปว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งบุคคลต้องปรับสมดุลระหว่างการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem-focused coping) และการลดผลกระทบทางอารมณ์จากความเครียด (Emotion-focused coping) โดยการเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมตามลักษณะของสถานการณ์นั้น ๆ กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (1984) มีความสำคัญทั้งในด้านทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ เนื่องจากการอธิบายลักษณะของกระบวนการที่บุคคลใช้ในการรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวันและการทำงาน

1) ความยืดหยุ่นและการปรับตัว กระบวนการการเผชิญความเครียดในกรอบแนวคิดนี้มีความยืดหยุ่น ซึ่งหมายความว่า บุคคลสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ที่แตกต่างกันได้ตามลักษณะของสถานการณ์ และทรัพยากรที่มี การเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นในสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง การเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมตามสถานการณ์สามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มประสิทธิภาพในการรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การประเมินสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อความเครียด กระบวนการประเมินสถานการณ์ช่วยให้ทราบถึงความสำคัญของการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นโอกาสที่ท้าทายจะส่งผลต่อวิธีการรับมือกับความเครียด ดังนั้นการสอนบุคคลให้มีทักษะในการประเมินสถานการณ์และการเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการกับความเครียด

3) การใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับประเภทของความเครียด ความสามารถในการเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับประเภทของความเครียด (เช่น ความเครียดที่มาจากปัญหาที่สามารถแก้ไขได้หรือความเครียดที่เกิดจากสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้) จะมีผลต่อการจัดการกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น เช่น หากบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การใช้กลยุทธ์ที่มุ่งจัดการกับอารมณ์จะช่วยให้ลดผลกระทบทางจิตใจได้มากกว่าการพยายามแก้ไขปัญหาด้วยกลยุทธ์ที่มุ่งแก้ปัญหาดังตรงไปตรงมา



รูปภาพที่ 2.1 แสดงกรอบทฤษฎีของความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว
ที่มา: (Shelley, 1991: 32; citing Lazarus & Folkman, 1984: 305)

กรอบแนวคิดจากทฤษฎีของลาซารัสและโฟล์คแมน (1984) เน้นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping with Stress) ที่บุคคลเลือกใช้เพื่อจัดการกับสถานการณ์เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น โดยปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Individual and Environmental Factors) ตามทฤษฎีของลาซารัสและโฟล์คแมน (1984) บุคคลมีการประเมินสถานการณ์ตามปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดจากภายในบุคคล เช่น ความเชื่อ ประสบการณ์ ทักษะ และจากปัจจัยภายนอกเช่น สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินความเครียดเริ่มต้นจากการพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตราย (Threat) เป็นการสูญเสีย (Loss) หรือเป็นความท้าทาย (Challenge) การตัดสินใจนี้จะมีผลต่อการตอบสนองและกลยุทธ์ที่บุคคลเลือกใช้ การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ที่เกิดขึ้นมีการแบ่งเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) และ การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) ตามทฤษฎีของลาซารัสและโฟล์คแมน การประเมินขั้นปฐมภูมิจะเน้นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือไม่ ขณะที่การประเมินขั้นทุติยภูมิจะเน้นการประเมินทรัพยากรและกลยุทธ์ที่สามารถใช้เพื่อจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ ความเครียด (Stress) การประเมินสถานการณ์และการตอบสนองตามการประเมินนั้นนำไปสู่การเกิดความเครียด ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นความเครียดที่เกิดจาก อันตราย/คุกคาม หรือ ความสูญเสีย/ความท้าทาย ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลประเมินสถานการณ์อย่างไร หากสถานการณ์ถูกมองว่าเป็นภัยคุกคาม ความเครียดจะสูงขึ้น หากเป็นความท้าทาย บุคคลอาจเลือกกลยุทธ์การแก้ไขปัญหา กลยุทธ์การเผชิญปัญหา (Coping Strategies) โดยสามารถแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก คือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-Focused Coping) การใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น เช่น การหาวิธีการใหม่ ๆ หรือการใช้ทรัพยากรเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) การปรับตัวทางอารมณ์ เช่น การรับมือกับความเครียดผ่านการผ่อนคลายอารมณ์การพูดคุย

หรือการใช้กลยุทธ์เชิงพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย เพื่อจัดการกับผลกระทบทางอารมณ์ การปรับตัวและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และประเมินซ้ำ (Reappraisal) เนื่องจากช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการรับรู้และจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามข้อมูลใหม่ที่ได้รับ การประเมินซ้ำเป็นกระบวนการที่พลวัตและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสถานการณ์และทรัพยากรที่มีอยู่โดยการประเมินจะถูกกำหนดโดยทั้งปัจจัยจากภายนอก เช่น ความรุนแรงของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ และปัจจัยจากภายในบุคคล เช่น ความเชื่อในการควบคุมและสติปัญญาของบุคคล

สรุป กรอบแนวคิดทฤษฎีของลาซาร์สและโฟลค์แมน (1984) เน้นประเมินสถานการณ์และการเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด ทั้งการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ นอกจากนี้ยังเน้นการ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจะเป็นตัวกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียด และส่งผลต่อการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่บุคคลต้องเผชิญ

2.3.5 การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของจาโลวีก (A. Jalowiec, 1988)

การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่สำคัญในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นภาระหรือทำหายน ต่อสภาพจิตใจของบุคคล โดยแนวคิดของการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (1988) ได้พัฒนามาจากทฤษฎีของลาซาร์สและโฟลค์แมน (1984) ที่มุ่งเน้นการเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียด จาโลวีก (1988) เสนอแนวคิดที่มีมิติหลากหลายในการเผชิญความเครียด ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้ตามสถานการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ โดยทฤษฎีของจาโลวีกแบ่งกลยุทธ์การเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ประเภทหลัก ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping) ซึ่งการเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์จะส่งผลต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทฤษฎีนี้ยังเน้นว่าไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุดในการเผชิญกับความเครียด วิธีการเผชิญปัญหาจะต้องขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละบุคคลและสถานการณ์ที่เผชิญ

2.3.5.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping)

การเผชิญหน้ากับปัญหา หมายถึง การตอบสนองต่อความเครียดด้วยการมุ่งเน้นไปที่การจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง บุคคลที่ใช้กลยุทธ์นี้จะมุ่งหาทางออกที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ โดยการประเมินสถานการณ์ว่ามีสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ การหาวิธีการที่สามารถปรับปรุงสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตัวอย่างของการใช้กลยุทธ์นี้ ได้แก่ การหาข้อมูลเพิ่มเติม การวางแผนการดำเนินการ หรือการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อจัดการกับสถานการณ์ในเชิงบวก

ในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การใช้กลยุทธ์การเผชิญหน้ากับปัญหาจะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาหาวิธีการที่จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม หรือการค้นหาวิธีการที่สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยดูแลผู้ป่วยหรือการขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ การวางแผนการจัดการกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เช่น การจัดตารางการดูแลที่มีความยืดหยุ่น จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น

2.3.5.2 การจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping)

การจัดการกับอารมณ์เป็นกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง กลยุทธ์นี้มักถูกใช้ในกรณีที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่าไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขได้โดยตรง หรือสถานการณ์นั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล ดังนั้น การใช้กลยุทธ์นี้มักจะมุ่งเน้นไปที่การปรับสภาพจิตใจและความรู้สึก เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น

ตัวอย่างของการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การใช้กิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกาย

การทำสมาธิ หรือการพูดคุยกับเพื่อนสนิทเพื่อระบายความเครียด การจัดการกับอารมณ์ยังสามารถช่วยให้บุคคลรักษาสมดุลทางจิตใจและลดความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ ตัวอย่างการใช้กลยุทธ์นี้ในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจเป็นการออกกำลังกายหลังจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลาย และลดความเครียดที่สะสมจากการทำงานหนัก

2.3.5.3 การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping)

การจัดการกับปัญหาทางอ้อมหมายถึงการใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเปลี่ยนแปลงมุมมองหรือวิธีการรับรู้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยไม่พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรง วิธีนี้จะถูกใช้เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าไม่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ และมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาผลกระทบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การปรับมุมมองเพื่อหาผลดีจากสถานการณ์นั้นเป็นวิธีหนึ่งในการลดความเครียดและช่วยให้บุคคลรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

ในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การใช้กลยุทธ์นี้อาจรวมถึงการมองหาผลดีจากสถานการณ์ เช่น การเรียนรู้ทักษะใหม่จากการดูแลผู้ป่วย หรือการให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือผู้ป่วยในแง่ของการสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด การหาผลดีในสถานการณ์ที่ยากลำบากไม่เพียงแต่ช่วยลดความเครียด แต่ยังช่วยสร้างมุมมองที่บวกในชีวิต ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประยุกต์ใช้ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถใช้กลยุทธ์ทั้ง 3 ประเภทได้ โดยการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การเผชิญหน้ากับปัญหาจะเหมาะสมในกรณีที่ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาได้ เช่น การหาทรัพยากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ส่วนการจัดการกับอารมณ์จะเหมาะสมในกรณีที่ผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาจใช้กิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย หรือการพูดคุยกับผู้ที่เชื่อถือได้ ส่วนการจัดการกับปัญหาทางอ้อมสามารถช่วยในการปรับมุมมองและรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก เช่น การมองหาผลดีจากการดูแลผู้ป่วย

สรุป ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (1988) เป็นการพัฒนาทฤษฎีที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการรับมือกับความเครียดในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีกลยุทธ์ใดที่ดีที่สุด การเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์และลดผลกระทบจากความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การใช้กลยุทธ์เหล่านี้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความสมดุลและลดความเครียดจากการดูแลที่ยาวนาน

2.3.6 แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS)

การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะกดดัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกายของบุคคล ดังนั้น การเข้าใจและวัดการเผชิญความเครียดจึงเป็นเรื่องสำคัญในด้านจิตวิทยา เพื่อให้สามารถจัดการและบรรเทาผลกระทบจากความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาเครื่องมือในการวัดการเผชิญความเครียด ลาซาร์สและโพลค์แมน (1984) ได้สร้างแบบวัดการเผชิญความเครียด (Ways of Coping) ขึ้นในปี ค.ศ. 1980 ซึ่งประกอบไปด้วยชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและพฤติกรรม ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยประกอบด้วย 68 ข้อคำถาม เพื่อใช้ในการประเมินและศึกษาแนวทางที่บุคคลเลือกใช้ในการเผชิญกับความเครียด ในเครื่องมือของลาซาร์สและโพลค์แมน (1984) มีการแบ่งประเภทของการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะหลัก คือ การมุ่งแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เป็นระบบ (Problem-focused coping) และ การลดความเครียดจากอารมณ์ (Emotion-focused coping) ซึ่งการวัดการเผชิญความเครียดในรูปแบบนี้ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องในภายหลัง โดยจาโลวีก เมอร์ฟี และเพาเออร์ส (Jalowiec, Murphy & Powers, 1984) ได้สร้างแบบวัดที่แบ่งประเภทของการเผชิญความเครียด ออกเป็นสองประเภทใหญ่ ๆ ตามแนวคิดของลาซาร์สดังนี้

1) วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแก้ไขตามปัญหา (Problem-Oriented Coping)

การเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขตามปัญหามีการนำการใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเน้นในการหาวิธีแก้ปัญหาหรือการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง กลยุทธ์นี้มักถูกใช้เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้และสามารถหาทางออกที่เหมาะสมได้ โดยการแก้ปัญหาดังกล่าวจะมุ่งเน้นการใช้สติปัญญาและความสามารถในการประเมินสถานการณ์ การหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือการใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อพัฒนาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว พฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิธีนี้สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมต่าง ๆ จำนวน 15 ประการ ได้แก่ การพิจารณาความแตกต่างของสถานการณ์ การให้ผู้อื่นช่วยคิดแก้ปัญหา การพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่าง การอธิบายปัญหา การยอมรับสถานการณ์ การพิจารณาเป้าหมายของปัญหา การควบคุมสถานการณ์ไว้ การมองหาจุดหมายหรือความหมายของเหตุการณ์ การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การมองปัญหาด้วยใจเป็นกลาง การพยายามแก้ปัญหามากมาย ๆ วิธี การใช้ประสบการณ์ในอดีต การแก้ไขปัญหาละเอียด การตั้งจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญห และ การตั้งใจที่จะทำดีที่สุด กลยุทธ์การแก้ปัญหานี้เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์ที่บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น การเผชิญหน้ากับความเครียดจากภาระงานหนัก การใช้การวางแผนหรือการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อปรับปรุงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2) วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแก้อารมณ์ตึงเครียด (Affective-Oriented Coping Strategies)

ในทางตรงกันข้าม วิธีการเผชิญความเครียดโดยการแก้อารมณ์ตึงเครียดเน้นการบรรเทาหรือควบคุมอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด เพื่อรักษาความสมดุลทางอารมณ์ภายในจิตใจของบุคคล วิธีนี้จะมุ่งเน้นไปที่การลดหรือบรรเทาความรู้สึกเครียดโดยไม่จำเป็นต้องจัดการหรือแก้ปัญหาก็ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง การใช้กลยุทธ์นี้จะประเมินได้จากพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยายามลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เช่น การร้องไห้ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เครียด การใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกายหรือการนั่งสมาธิ การใช้อารมณ์ขัน หรือการหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยกลยุทธ์นี้อาจรวมถึงการใช้ยา หรือการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง พฤติกรรมที่แสดงถึงการใช้กลยุทธ์นี้ 25 ประการ ได้แก่ การร้องไห้ วิถีกังวล ทำกิจกรรมอื่น หรือออกกำลังกาย การใช้อารมณ์ขัน การมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี การรับประทานอาหารมาก สูบบุหรี่ การใช้ยา การหลีกเลี่ยงปัญหา การฝึกฝนกลางวัน การมองเหตุการณ์ไปในแง่ร้าย ว้าวุ่น โวยวาย ต่ำต้อ่งสาบ การสวดมนต์ อ้อนวอนพระเจ้า มีอาการทางประสาท การแยกออกจากสถานการณ์ การโทษผู้อื่น การระบายความตึงเครียดกับสิ่งอื่น การแยกตัวอยู่คนเดียว การไม่ตื่นนอน คิดว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ ให้ปัญหาลี้กลายไปเอง ใช้วิธีผ่อนคลาย การรำพึงรำพัน ถือว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา การนอนหลับ ไม่วิตกกังวล

การประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิต

แบบวัดการเผชิญความเครียดที่พัฒนาโดยลาซาร์สและฟอล์คแมน (1984) สามารถนำไปใช้ในหลายบริบท เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยเรื้อรัง การศึกษาในการดูแลสุขภาพจิต หรือการพัฒนาทักษะการรับมือกับความเครียดในกลุ่มบุคคลที่มีภาระหนัก เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งในกรณีนี้ การเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมสามารถช่วยลดผลกระทบจากความเครียด และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับภาระงานต่าง ๆ ได้ การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมสามารถช่วยให้บุคคลรักษาสมดุลทางจิตใจและพัฒนาความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ท้าทายได้ดียิ่งขึ้น การวัดการเผชิญความเครียดจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาทักษะการรับมือกับความเครียดในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเต็มไปด้วยความเครียด

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับทั้งด้านความคิดและการกระทำ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด การเผชิญกับความเครียดไม่ได้จำกัดแค่การแก้ปัญหาก็บรรเทาความเครียดทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึง

การปรับตัวและการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ท้าทายอย่างเหมาะสม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาทฤษฎีและเครื่องมือที่สามารถใช้วัดพฤติกรรมและกระบวนการในการเผชิญกับความเครียดได้อย่างแม่นยำ หนึ่งในเครื่องมือที่สำคัญที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดการเผชิญความเครียดคือ Jalowiec Coping Scale (JCS) ซึ่งถูกพัฒนาโดย จาโลวีก (Jalowiec) ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1977 แบบวัดนี้ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 40 ข้อ ที่มุ่งเน้นในการประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของบุคคล โดยแบ่งประเภทของการเผชิญความเครียดออกเป็นสองรูปแบบหลัก ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียด (emotion-focused coping) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ได้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็นสองลักษณะนี้ตามที่ได้อธิบายไว้ก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม แบบวัดนี้ในครั้งแรกมีข้อจำกัดหลายประการที่เกี่ยวข้องกับจำนวนคำถามและความครอบคลุมของรูปแบบการเผชิญความเครียดที่อาจไม่ได้สะท้อนความหลากหลายของพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน จึงทำให้ในปี ค.ศ. 1979 จาโลวีก ได้ทำการปรับปรุงเครื่องมือแบบวัดนี้ โดยการแก้ไขข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินการเผชิญความเครียดที่หลากหลายยิ่งขึ้น ในการปรับปรุงครั้งนี้ จาโลวีก ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นแปดรูปแบบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีความหลากหลายและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ต่าง ๆ รูปแบบทั้งแปดนี้ ได้แก่

1. การเผชิญปัญหาโดยตรง (Confrontive Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลมุ่งเน้นไปที่การคิดหาวิธีการแก้ปัญหาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดความเครียด โดยมักใช้เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นสามารถจัดการหรือเปลี่ยนแปลงได้ การเผชิญกับปัญหาในลักษณะนี้คือการกระทำที่มุ่งแก้ไขสถานการณ์อย่างตรงไปตรงมา ตัวอย่างของพฤติกรรมที่แสดงถึงการเผชิญปัญหาโดยตรง ได้แก่ การคิดหาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี การมองปัญหาอย่างเป็นกลาง การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น การเรียนรู้วิธีการใหม่เพื่อจัดการกับสถานการณ์ หรือการทำตามขั้นตอนในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การเผชิญปัญหาดังนี้สามารถใช้ได้เมื่อสถานการณ์นั้นมีความชัดเจนและสามารถควบคุมได้

2. การหลีกเลี่ยง (Avoidance Coping) โดยการพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยการหลีกเลี่ยงสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การพยายามไม่ให้ความสนใจต่อปัญหา การฝันกลางวันว่าปัญหานั้นไม่ได้เกิดขึ้น หรือคิดว่าปัญหาจะได้รับการแก้ไขโดยอัตโนมัติ การหลีกเลี่ยงอาจช่วยให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงความเครียดในระยะสั้นได้ แต่หากใช้ในระยะยาวอาจทำให้ปัญหาไม่ได้รับการจัดการ และอาจส่งผลให้ความเครียดเพิ่มขึ้น

3. การมองในแง่ดี (Positive Reinterpretation) เป็นการใช้ความหวังและมุมมองบวกในการรับมือกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยมุ่งหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้นในอนาคต หรือการพยายามคิดถึงสิ่งดี ๆ ที่เคยเกิดขึ้นในชีวิต ตัวอย่างของการใช้การมองในแง่ดี ได้แก่ การใช้อารมณ์ขัน การเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกัน และการมองสถานการณ์ในทางบวก การมองในแง่ดีสามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

4. การยอมจำนน (Helplessness or Fatalism) เป็นการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ บุคคลที่ใช้วิธีนี้อาจมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และตัดสินใจยอมรับความจริงนั้น การยอมจำนนอาจเกี่ยวข้องกับการยอมรับชะตากรรมหรือการเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ที่แย่ลง

5. การแก้ไขความทุกข์ทรมานและความรู้สึก (Affective Coping) เป็นการใช้กลยุทธ์ในการควบคุมหรือระบายความเครียดทางอารมณ์ ซึ่งอาจรวมถึงการระบายความเครียดออกไปกับคนอื่น การวิตกกังวล การตำหนิตนเอง หรือการหากิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด แม้ว่าจะเป็นการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น แต่ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง

6. การบรรเทา (Distraction or Relief) เป็นกลยุทธ์ที่บุคคลใช้เพื่อลดความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การบรรเทาอาจทำได้โดยการใช้กิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การฝึกสมาธิ หรือการทำงานหนักเพื่อไม่ให้มีเวลาว่างให้คิดถึงปัญหา การบรรเทาสามารถช่วยให้บุคคลลดความเครียดในระยะสั้นได้ แต่หากใช้มากเกินไปอาจทำให้ปัญหาถูกละเลยและไม่ได้รับการแก้ไข

7. การรับความเกื้อหนุน (Seeking Social Support) เป็นการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อบรรเทาความเครียด โดยอาจทำได้โดยการพูดคุยปรึกษากับบุคคลใกล้ชิด การขอคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ หรือการขอความช่วยเหลือจากคนในเครือข่ายสังคม การรับความเกื้อหนุนเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและให้บุคคลมีความรู้สึกว่าจะไม่ต้องเผชิญกับปัญหาคนเดียว

8. การพึ่งตนเอง (Self-reliance) เป็นการหาวิธีการที่บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การพึ่งตนเองอาจแสดงออกผ่านการคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง การพยายามพิสูจน์ตนเองว่ามีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ได้ การพึ่งพาตนเองอาจช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงความแข็งแกร่งและความสามารถในการรับมือกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเผชิญปัญหาโดยตรงและการพึ่งพาตนเอง คือ การเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหาตามแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมน ส่วนการหลีกเลี่ยง การมองในแง่ดี การยอมจำนน การแก้ไขควบคุมที่อารมณ์และความรู้สึก การบรรเทา รวมทั้งการรับความเกื้อหนุน คือ การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด

การวิเคราะห์และการปรับปรุงแบบวัดการเผชิญความเครียด

ในปี ค.ศ. 1988 หลังจากที่จาโลวีกได้นำเครื่องมือที่ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 ไปใช้อย่างกว้างขวาง เขาได้ทำการวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างและพบว่า จากจำนวนคำถาม 40 ข้อ มีคำถามสี่ข้อที่ไม่สามารถจัดอยู่ในการเผชิญความเครียดแบบใดได้ จึงตัดออกไป ทำให้เหลือคำถาม 36 ข้อ และต่อมาได้เสนอแนวความคิดใหม่เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด โดยแบ่งออกเป็นสามด้านหลัก ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping), การจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping), และ การจัดการปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping) ซึ่งช่วยให้การวัดการเผชิญความเครียดมีความแม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การพัฒนา Jalowiec Coping Scale (JCS) จึงไม่เพียงแต่ทำให้สามารถวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้อย่างแม่นยำและครอบคลุม แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียดในสถานการณ์ต่าง ๆ และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดและผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS) ซึ่งพัฒนาโดย จาโลวีก (1988) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) แบบวัดนี้มีจำนวน 36 ข้อคำถาม ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในด้านต่างๆ โดยการแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้านหลักได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping), การจัดการด้านอารมณ์ (Emotive Coping) และ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping) โดยรายละเอียดของแต่ละด้านมีดังนี้

1. ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) ด้านนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นโดยตรง ตัวอย่างของข้อคำถามในด้านนี้ ได้แก่ การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหหรือการพยายามทำให้สถานการณ์ดีขึ้น คำถามในด้านนี้ประกอบด้วยข้อที่ 2, 5, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 28, 29, 31, 32 และ 34

2 ด้านการจัดการด้านอารมณ์ (Emotive Coping) ด้านนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ ซึ่งมุ่งประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดจากความเครียด โดยไม่จำเป็นต้อง

แก้ไขปัญหหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ตัวอย่างเช่น การใช้การผ่อนคลายหรือการพูดคุยกับผู้อื่น เพื่อระบายความเครียด คำถามในด้านนี้ประกอบด้วยข้อที่ 1, 4, 6, 9, 13, 19, 21, 23 และ 24

3. ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping) ด้านนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 ข้อ ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการบรรเทาผลกระทบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยตรง เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงมุมมองที่มีต่อสถานการณ์ คำถามในด้านนี้ประกอบด้วยข้อที่ 3, 7, 8, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 27, 30, 33, 35 และ 36

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า มีระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

- 1 = ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเลย
- 2 = นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 1-3 ครั้ง/เดือน
- 3 = บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 1-2 ครั้ง/เดือน
- 4 = บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 3-4 ครั้ง/เดือน
- 5 = เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

การแปลผล

คะแนนรวมของแบบสอบถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 36 – 180 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้วิธีนั้นเผชิญกับความเครียดมาก คะแนนของการเผชิญความเครียด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย	มีค่าคะแนนเฉลี่ย	36 – 84	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย	85 – 132	คะแนน
ระดับมาก	มีค่าคะแนนเฉลี่ย	133 – 180	คะแนน

การแปลผลรายด้าน พบว่ามีข้อจำกัด ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้านได้ เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าว Vitaliano, Maiuro, Russo & Beker (1987) จึงเสนอการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) โดยการรวมคะแนนจริงในแต่ละด้านแล้วนำมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ ได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดแต่ละด้านจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01 – 1.00 โดยคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก ซึ่งคะแนนสัมพัทธ์คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}
 XR &= \text{ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน} \\
 MC &= \text{ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา} \\
 ME &= \text{ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการด้านอารมณ์} \\
 MP &= \text{ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม} \\
 XR &= MP / (MP + ME + MC)
 \end{aligned}$$

การแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ อยู่ในช่วง 1 – 5 ถ้าคะแนนรายด้านใดมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญกับความเครียด ในการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตนะ (2544) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\
 &= \frac{5-1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 2.33	กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับน้อย
2.34 – 3.67	กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับมาก

แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (1988) ได้รับการใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยด้านจิตวิทยาและสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะในการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียดในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือบุคคลในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะความเครียดที่ยากลำบาก โดยการใช้เครื่องมือนี้สามารถช่วยให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่แม่นยำเกี่ยวกับกลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

2.3.7 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แนวทางจัดการและกลยุทธ์

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นงานที่ทำท่ายและหนักหน่วง โดยผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระงานที่ยาวนานและมีความรับผิดชอบสูง ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพต่ำลง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจของผู้ดูแล การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

2.3.7.1 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักเผชิญกับความเครียดที่มีหลากหลายปัจจัย ซึ่งสามารถเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ความเครียดที่เกิดขึ้นในกรณีของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสำคัญในการศึกษาหาแนวทางการรับมือ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลและผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระที่ยืดเยื้อและต้องการการเอาใจใส่สูง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งในด้านการดูแลรักษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ให้กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดความเครียดจากหลายแหล่งที่แตกต่างกัน

1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

หนึ่งในปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเอง ผู้ดูแลมักมีความกังวลว่าการดูแลที่ตนให้จะไม่เพียงพอ หรืออาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากการดูแลที่ผิดพลาด เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับหรือการติดเชื้อในผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง (Bergstrom et al., 2011) อีกปัจจัยหนึ่งคือความกลัวในการทำผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเกิดอุบัติเหตุจากการย้ายผู้ป่วยหรือการใช้ยาไม่ถูกต้อง ความผิดพลาดในการดูแลอาจมีผลกระทบร้ายแรงทั้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแลที่อาจรู้สึกผิดหรือท้อถอย (Tremont & Davis, 2008) การขาดแคลนทรัพยากร เช่น การขาดเวลาหรือเงินทุนในการดูแลผู้ป่วย การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว (Gordon et al., 2009) ความเครียดอาจเพิ่มขึ้นหากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม หรือเมื่อผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีทรัพยากรเพียงพอในการจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ดูแลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวังหรือความเครียดจากความรู้สึกที่ไม่สามารถให้การดูแลที่ดีที่สุดได้ (Hastings et al., 2014)

2) ความเครียดเฉียบพลันและความเครียดเรื้อรัง

ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถจำแนกออกเป็นสองประเภทหลัก คือ

ความเครียดเฉียบพลันและความเครียดเรื้อรัง ความเครียดเฉียบพลัน (Acute Stress) มักเกิดขึ้นจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เช่น การเกิดอุบัติเหตุในขณะที่ผู้ป่วยติดเตียง หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้การตอบสนองทันที การตอบสนองในกรณีนี้มักจะเกิดขึ้นในรูปแบบของความวิตกกังวลหรือความรู้สึกตึงเครียดที่เกิดขึ้นชั่วคราวในระหว่างการดูแล (Lazarus & Folkman, 1984) ในขณะที่ความเครียดเรื้อรัง (Chronic Stress) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาระงานที่ยาวนานและยืดเยื้อ ความเครียดเรื้อรังมักจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว และการดูแลดังกล่าวไม่มีวันสิ้นสุด ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าและขาดแรงจูงใจในการดูแล (Schulz & Beach, 1999)

3) การประเมินสถานการณ์และบทบาทของการรับรู้

ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ความเครียดเกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเกินขีดความสามารถในการรับมือของบุคคล การรับรู้และการประเมินสถานการณ์จึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดว่า บุคคลจะประสบกับความเครียดหรือไม่ การรับรู้สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจแตกต่างกันไปตามบุคคล บางคนอาจมองว่าเป็นภาระที่ยากเกินไปและรู้สึกว่าตนไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ขณะที่บางคนอาจมองสถานการณ์นี้ว่าเป็นความท้าทายและเป็นโอกาสในการแสดงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Folkman & Moskowitz, 2000) การประเมินนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ รวมถึงประสบการณ์ชีวิต ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่กดดัน และการมีเครือข่ายการสนับสนุนที่ดี การประเมินสถานการณ์อย่างถูกต้องสามารถช่วยลดความเครียดได้ โดยการมองเห็นสถานการณ์ในแง่บวกหรือการมองเห็นการดูแลผู้ป่วยเป็นโอกาสในการพัฒนาทักษะชีวิตและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นปัญหาที่สำคัญและซับซ้อน โดยมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเกิดความเครียด เช่น ความวิตกกังวล ความกลัวในการทำผิดพลาด และการขาดแคลนทรัพยากร ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเป็นทั้งความเครียดเฉียบพลันและความเครียดเรื้อรัง ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพจิตและร่างกายของผู้ดูแล การประเมินสถานการณ์และการรับรู้มีบทบาทสำคัญในการลดหรือเพิ่มระดับความเครียดของผู้ดูแล การเข้าใจถึงการรับรู้และการประเมินของผู้ดูแลช่วยให้เราสามารถพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถรับมือกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแล

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีผลกระทบที่สำคัญทั้งต่อสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ดูแลเอง รวมถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถลดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้หรือเหนื่อยล้า จนไม่สามารถให้การดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยได้

4.1) ผลกระทบทางจิตใจ ผู้ดูแลที่เผชิญกับความเครียดสูงมักจะมีอารมณ์ที่ไม่คงที่ เช่น ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งต่อการตัดสินใจและการให้การดูแลที่เหมาะสม ความเครียดอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับภาระงานที่มีได้ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อถอยหรือขาดความมั่นใจในการดูแล (Pinquart & Sorensen, 2003) เมื่อผู้ดูแลมีภาวะจิตใจที่ไม่ดี การตอบสนองต่อผู้ป่วยก็อาจลดลง ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจที่เร็วและถูกต้อง

4.2) ผลกระทบทางกาย ความเครียดยังสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของผู้ดูแลได้ เช่น การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ปัญหาการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย โดยเฉพาะอาการปวดหลังและปวดคอจากการที่ต้องยกหรือจัดการกับผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถ

เคลื่อนไหวได้ การมีอาการทางร่างกายเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าและไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยยากขึ้นไปอีก (Vitaliano et al., 2003)

4.3) ผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ความเครียดที่มีผลกระทบทั้งทางจิตใจและร่างกายอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่เต็มที่และไม่เหมาะสม การมีอารมณ์ไม่คงที่ หรือไม่สามารถจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำไปสู่การลดความเอาใจใส่ในการดูแล เช่น การไม่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม หรือไม่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น แผลกดทับหรือการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงจึงต้องการความเอาใจใส่และความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากผู้ดูแล (Carver et al., 1989)

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสุขภาพของผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ความเครียดที่สูงสามารถลดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความเสี่ยงจากปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ ดังนั้น การจัดการกับความเครียดและการสนับสนุนผู้ดูแลในด้านจิตใจและร่างกายจึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.3.7.2 แนวทางและกลยุทธ์ในการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียดเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดผลกระทบจากความเครียดได้ กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดสามารถแบ่งออกเป็นหลายประเภทได้แก่

1) การรับมือเชิงรุก (Active Coping) หมายถึง การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การปรับตารางการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2) การขอการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือเครือข่ายทางสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและได้รับกำลังใจ ซึ่งเป็นการช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ (Cohen & Wills, 1985)

3) การจัดการอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) กลยุทธ์นี้มุ่งเน้นการลดความเครียดจากอารมณ์ เช่น การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมผ่อนคลาย หรือการพูดคุยกับผู้ที่เชื่อถือได้เพื่อระบายความรู้สึก

4) การใช้การปรับมุมมองเชิงบวก (Positive Reframing) การมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่บวก หรือการมองเห็นโอกาสในการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เครียด เช่น การใช้เวลาที่ผ่านมาสร้างความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (Baumstarck et al., 2017)

5) การฝึกการยอมรับ (Acceptance) การยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยการยอมรับความเป็นจริงของสถานการณ์และการพยายามทำดีที่สุดสถานการณ์ที่มีอยู่ การยอมรับนี้ช่วยให้ผู้ดูแลลดความตึงเครียดและมีความสงบมากขึ้น (Baumstarck et al., 2017)

สรุป การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นงานที่หนักหน่วงและท้าทาย ซึ่งสามารถสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแลได้อย่างมาก การเข้าใจถึงความเครียดที่เกิดขึ้นและการใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีประสิทธิภาพมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคม การฝึกฝนทักษะการจัดการความเครียด และการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาถือเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น และทำให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.4 งานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ

ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ (2566) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหาภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 270 คน โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (JCS) แบบประเมินภาระในการดูแล (ZBI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (HRSR-Scale) แบบประเมินสุขภาพ (SF-12) ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r=-0.27$, $p < .01$) หมายความว่าผู้ดูแลที่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเชิงบวก มีแนวโน้มที่จะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำลง ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า ($r=0.64$, $p<.01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลสูง มีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r=-0.57$, $p<.01$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง ผลการศึกษานี้สนับสนุน แนวคิดกระบวนการความเครียดของ Pearlin ที่ช่วยอธิบายปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน และลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดภาระในการดูแล และปรับปรุงภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว

ประภาพร คำมุงคุณ (2566) ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร จำนวน 129 ราย โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา โรงพยาบาลศิริพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38) ค่าเฉลี่ยภาระการดูแล ($\bar{x}=31.81$, $SD=14.66$) ตัวแปรที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta=-0.278$) หมายความว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น จะมีภาระในการดูแลลดลง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ โดยการจัดกิจกรรมที่ มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การศึกษานี้ยืนยันว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาระของผู้ดูแล ดังนั้น การให้การอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแล ควรเป็นแนวทางสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระของตนเองในระยะยาว

กขพร ตั้งจิตต์สำราญ (2565) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 200 คน อาศัยอยู่ใน จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 อายุเฉลี่ย 48.31 ปี (ช่วงอายุ 23-75 ปี) ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 32.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.0 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.0 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 12.0 เบาหวาน ร้อยละ 11.5 อาชีพหลัก เกษตรกรรม ร้อยละ 29.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16,653.7 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 4.31 ปี เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยในวันที่ฟอกเลือดเฉลี่ย 2.74 ชั่วโมง และในวันที่ไม่ได้ฟอกเลือดเฉลี่ย 1.87 ชั่วโมง ร้อยละ 67.5 รายงานว่ามีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพียงพอ ระดับความเครียดของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 18.5 ระดับความเครียดปานกลาง/สูง ร้อยละ 0.5 ความเครียดด้านร่างกาย ระดับปานกลาง/สูง ร้อยละ 6.5 ความเครียดด้านเศรษฐกิจ ระดับปานกลาง/สูง

ร้อยละ 6.0 กลยุทธ์การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลที่มีความเครียด มีคะแนนการเผชิญความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่เครียด ($\bar{x}=51.87$, $SD=11.83$) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสูงกว่าผู้ดูแลทั่วไป ($\bar{x}=16.68$, $SD=8.45$) การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.372$) แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 71.0 รองลงมาจากญาติพี่น้อง ร้อยละ 43.5 บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 6.0 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแล ($p < 0.05$) ได้แก่ สุขภาพของผู้ดูแลหลังจากต้องดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ภาระในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนจากญาติพี่น้อง ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเกินสิทธิ์ รายได้ไม่เพียงพอ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ตัวแปรด้านคุณลักษณะของผู้ป่วย ผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของความเครียดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 6.3 ($R^2 = 0.507$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และแรงสนับสนุนจากสังคม มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยพอกไต ผู้ดูแลที่มีความเครียดมักใช้กลยุทธ์เผชิญปัญหาโดยตรงมากกว่าการจัดการอารมณ์ ดังนั้น ควรมีการจัดหาผู้ช่วยดูแลเพื่อลดภาระของผู้ดูแล รวมถึงการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

บุษยมาส คันธมาศน์ (2565) ศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คนโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนการทดลอง $M=63.60$, $SD=12.09$ หลังการทดลอง $M=42.47$, $SD=12.23$ วิเคราะห์ทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t=17.23$, $p < .001$) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลอง $D1=21.13$, $SD=6.72$ กลุ่มควบคุม: $D2=1.93$, $SD=3.78$ วิเคราะห์ทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t=-16.39$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ เพื่อช่วยลดภาระทางอารมณ์และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มนี้ รวมถึงสามารถปรับใช้กับผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

พิรภัทร์ วัฒนวนาพงษ์ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลในอำเภอศรีษะนาถย์ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพจำนวน 190 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 72.6 ของผู้ดูแล มีการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับดีมาก ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแล ($Beta=.364$, $\beta=1.109$) การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ($Beta=0.228$, $\beta=.454$) ระยะเวลาการดูแล ($Beta=-0.230$, $\beta=-0.452$) ระยะเวลาการดูแลที่นานขึ้นมีแนวโน้มทำให้คุณภาพการดูแลลดลง อายุของผู้ดูแล ($Beta=0.168$, $\beta=0.178$) ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ($Beta=-0.138$, $\beta=-0.852$) ผู้ที่มีความรู้ต่ำมีแนวโน้มดูแลได้ไม่ดี ระดับการศึกษา ($Beta=0.134$, $\beta=13.632$) ตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลได้ร้อยละ 39.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ความรู้ และระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยกว่ามีความรู้ที่ถูกต้องและพึงพาประสบการณ์ส่วนตัว ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนด้านการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะ

พึงพึงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ศิวพร ชุ่มเย็น (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 265 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=63.32$, $S.D=8.37$) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.667$, $p < 0.001$) ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\beta=0.304$, $p < 0.001$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลได้มากที่สุด การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta=0.113$, $p = 0.010$) มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลในระดับรองลงมา ระดับการศึกษาของผู้ดูแล (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.) ($\beta=0.084$, $p = 0.029$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแล รองลงมาคือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระดับการศึกษา ดังนั้นควรมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อรุณรัตน์ อุทัยแสง และคณะ (2565) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในบริบทของวิถีปกติใหม่ การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 20 คน ผู้ดูแลจำนวน 20 คน ตัวแทนจากชุมชนจำนวน 16 คนรวม 56 คน ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของครอบครัวและชุมชนสามารถจำแนกออกเป็น 4 มิติหลัก ซึ่งเปรียบเสมือน “โลก 4 ใบ” ได้แก่ 1) โลกของตัวผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้า การใช้ชีวิตต้องต่อสู้กับอุปสรรคที่เข้ามา มีบทบาทหน้าที่ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ 2) โลกของเวลา การดูแลเป็น ช่วงเวลาของการแทนคุณ เป็นการขัดใช้กรรมเก่าตามความเชื่อทางศาสนา อยู่ด้วยความหวังและการรอคอยปาฏิหาริย์ 3) โลกของสถานที่ การดูแลใน สังคมยุคใหม่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวในโลกกว้าง 4) โลกของความสัมพันธ์ ครอบครัวไม่ทอดทิ้งกัน แม้ว่าจะต้องเผชิญกับภาระหนัก ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกมองว่าเป็น สายเลือดที่ตัดกันไม่ขาด มิตรแท้ยามยาก และการช่วยเหลือกันในรูปแบบจิตสาธารณะ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถอธิบายได้ผ่าน 3 องค์ประกอบหลัก ที่เรียกว่า “AAD Model” ได้แก่ Acceptance (การยอมรับ) การทำความเข้าใจกับสถานการณ์และปรับมุมมองต่อการดูแล Adaptation (การปรับตัว) การปรับตัวให้เหมาะสมกับการดูแลระยะยาว Development (การพัฒนา) การพัฒนาระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล รูปแบบ "AAD Model" สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนต้นแบบและการขยายผล เพื่อให้สามารถ ประเมินผลและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระดับชุมชน ได้อย่างยั่งยืน การศึกษานี้เน้นให้เห็นถึง ความสำคัญของบทบาทครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้นในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับชุมชนต่อไป

พิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ในจังหวัดสุโขทัย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 262 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}=71.54$, $SD=17.99$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของคนพิการ ($Beta=0.258$, $p < .01$) ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความเครียดของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อายุของคนพิการมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้พิการที่มีอายุมากขึ้นมักเผชิญกับภาระที่สูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ

ของผู้ดูแล การวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและการให้ทรัพยากรช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล เพื่อช่วยลดภาระทางจิตใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

สุดาสนี สุทธิฤทธิ์และคณะ (2564) ศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 300 คน การวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แบบสอบถามความเครียดของกรมสุขภาพจิต (Suanprung Stress Test: SPST-20) ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 49.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การมีบุคคลอื่นมาผลัดเปลี่ยนช่วยดูแลผู้สูงอายุ โรคประจำตัวของผู้ดูแลที่ต้องได้รับการรักษาหรือรับยาต่อเนื่อง การช่วยเหลือจากชุมชน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเผชิญกับระดับความเครียดที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยทางสังคมและสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล การได้รับ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน มีความสำคัญในการลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมและสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดภาระความเครียดและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในระยะยาว

จิราพรรณ บุรีแก้ว และคณะ (2563) ศึกษาระดับความเครียดและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับลักษณะของโรคและปัจจัยส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี ในขณะที่ผู้ที่ขาดการสนับสนุนหรือใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมอาจมีความเครียดในระดับสูง กลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่พบ ได้แก่ การมองโลกในแง่ดีและการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ หรือการทำสมาธิ การให้ความสำคัญกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมมีความสำคัญต่อการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยหน่วยงานด้านสุขภาพควรมีการจัดโปรแกรมให้คำแนะนำและฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 213 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ศาสนา ($r=0.81$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ ($r=0.43$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางและต่ำกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ($r=0.50$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะของผู้ดูแล ($r=0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ศาสนาและการสนับสนุนจากพื้นที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแล ดังนั้น การสนับสนุนทางศาสนาและชุมชน รวมถึงการเสริมสร้าง ทักษะที่ดีในการดูแลอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของศาสนา การสนับสนุนจากพื้นที่ และครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและทักษะที่ดีขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ และนรัชพร ศศิวงศากุล (2562) ศึกษาความเครียดและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 100 คน ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบวัดการ

เผชิญความเครียดของจำโลวิค (JCS) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีระดับความเครียดปานกลาง รูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการบรรเทาปัญหาอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านการจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับ ต่ำ ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียด ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=-0.251$, $p<.01$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต้องเผชิญกับระดับความเครียดปานกลาง และมักใช้วิธีการจัดการปัญหาหรือการแก้ไขสถานการณ์โดยตรง แต่มีแนวโน้มใช้วิธีจัดการกับอารมณ์ในระดับต่ำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลในระยะยาว ควรมีมาตรการสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงบวก โดยเฉพาะด้านการจัดการกับอารมณ์ และควรมีการให้คำปรึกษาหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อช่วยลดผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน

สุริยา พองเกิด (2562) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 12 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ได้แก่ ภรรยา บุตรสาว สะใภ้ และหลาน ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทความรับผิดชอบของผู้หญิงในครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่ป่วย ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย ผู้ดูแลมีอาการ ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว อ่อนเพลีย เจ็บป่วยเล็กน้อย อาการของโรคประจำตัวกำเริบ และการเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มขึ้น ด้านจิตใจ เกิดความเครียด เนื่องจากภาระในการดูแล 2) วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ด้านร่างกาย ผู้ดูแลใช้วิธี หายามารับประทาน นอนพักผ่อน ออกกำลังกาย ยืดเหยียด นวดด้วยตนเอง และรับประทานอาหารเสริม ด้านจิตใจ ใช้วิธี คิดบวก เข้าวัดทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ใส่บาตร และออกไปพบปะเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย นอกจากนี้ เมื่อมีความขัดแย้งทางอารมณ์ จะใช้วิธีเดินหนี หรือหาผู้อื่นมาดูแลแทนเป็นระยะ 3) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ต้องการบุคลากรทางการแพทย์มาดูแลถึงบ้าน ต้องการ ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ต้องการ คนมารับฟังความรู้สึก ต้องการ การเยี่ยมเยียนและไม่ถูกทอดทิ้ง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีความต้องการ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และชุมชน อย่างชัดเจน งานวิจัยนี้เสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ควรเข้าใจถึงภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลตนเอง และความต้องการของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมที่สุด

อรทัย วงศ์อินอยู่ รัชฎาพร ประสานเนตร และอภิญญา วงศ์ขารี (2562) ศึกษาระดับความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 80 คน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล เพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 66.25 อายุเฉลี่ย 53.79 ปี ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.25 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.25 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 72.50 ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก่อน ร้อยละ 96.25 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 46.25 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.25 ระดับความเครียดของผู้ดูแล ปานกลาง ร้อยละ 40.00 ระดับความเครียดสูง ร้อยละ 13.75 ภาวะพึงพิงของผู้ป่วย ปานกลาง ร้อยละ 31.2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น คู่สามีภรรยา ของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีรายได้ต่ำ และมีปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึง มีโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดและภาระในการดูแล ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต้องเผชิญกับภาระทางกายภาพ จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและสุขภาพไม่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับภาระในการดูแลได้ดีขึ้น และลดผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ขวัญตา บุญวาศ และคณะ (2560) ศึกษาระดับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ในจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 50 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมี

ระดับความเครียดสูง โดยมีค่าเฉลี่ย ($M=9.40$, $S.D.=2.87$) ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดมากที่สุด ได้แก่ การปรับตัวของคนในครอบครัว ความต้องการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงาน การไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ การที่ผู้พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดน้อยที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการดูแลผู้พิการ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมีผลกระทบต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล โดยเฉพาะในเรื่อง การปรับตัวของครอบครัวและการขาดความยืดหยุ่นในการจัดการเวลา ดังนั้น การสนับสนุนด้านจิตใจและการช่วยเหลือจากภาครัฐหรือหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ จึงมีความสำคัญในการลดภาระความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง

เจริญชัย หมั่นห่อ และสุพรรณิ พูลผล (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ (70 ชั่วโมง) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขอาศัยอยู่ใน เขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแล หมายความว่า ยิ่งผู้ดูแลใช้เวลาทำหน้าที่มากขึ้น บทบาทในการดูแลก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ปัจจัยทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระยะเวลาในการดูแลและปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อบทบาทของผู้ดูแล ดังนั้น การสนับสนุนด้านสังคม เช่น การช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ อาจช่วยเสริมสร้างบทบาทของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพมากขึ้น

ดวงกมล หน่อแก้ว และชนกร แก้วมณี (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มาตามนัดแพทย์ที่ คลินิกโรคสมองและคลินิกศัลยกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์ภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 31.6 ได้แก่ ความต้องการได้รับการสนับสนุนในการดูแล ระยะเวลาที่ต้องทำหน้าที่ดูแล จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่ใช้ในการดูแล อายุของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะ ความต้องการการสนับสนุน ระยะเวลาการดูแล และอายุของผู้ดูแล ดังนั้น การให้การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และการพัฒนานโยบายเพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแล จึงเป็นแนวทางสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดผลกระทบทางจิตใจและร่างกายที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

ณอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์ และเพชร ชวนะพันธ์ (2559) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านการอบรม หลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ (70 ชั่วโมง) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้รับใบประกาศนียบัตรและอาศัยอยู่ใน เขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มใหญ่ อายุเฉลี่ย 50.5 ปี การประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล มิติด้านกายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม มีคะแนนอยู่ในระดับดี แต่ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่กำหนด มิติด้านจิตใจ เป็นมิติเดียวที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ระดับดีตามที่กำหนด อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ระดับพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.2 มิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีระดับพึงพอใจสูงสุด ร้อยละ 82.3 ซึ่งสูงกว่ามิติอื่น ๆ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ดูแลจะมีความรู้และทักษะในระดับดี แต่ยังต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม อายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแล อย่างไรก็ตาม ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านสังคม

และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ควรมีการพัฒนา หลักสูตรอบรมที่เน้นทักษะด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2558) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 399 คน ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 23 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p < .05$) ได้แก่ ปัจจัยชีวสังคม ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ปัจจัยทางจิต ระดับความเครียดของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากครอบครัว การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ 2) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 23.2 ได้แก่ ระดับความเครียดของผู้ดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความเครียดของผู้ดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจในการควบคุมสุขภาพ และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้ดูแล ควรได้รับความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุและลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลเอง

กิริติญา ไทยอยู่ (2558) ศึกษาระดับความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในอำเภอกะลา จังหวัดลำปาง จำนวน 82 คน โดยใช้ แบบวัดระดับความเครียด (PSQ) แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (JCS) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคจิตเวชมีระดับความเครียดสูง ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียด ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน รูปแบบการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญหน้ากับปัญหาโดยตรง (Problem-focused coping) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคจิตเวชก่อให้เกิดระดับความเครียดสูงในผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาโดยการเผชิญหน้าและจัดการกับปัญหาโดยตรง ซึ่งอาจช่วยให้รับมือกับการดูแลได้ดีขึ้น ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถ พัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงบวก ควบคู่ไปกับการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อช่วยลดผลกระทบของความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคจิตเวช

สินินุช ขำดี (2557) ศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่ประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย ที่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งออกเป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ การจำใจยอมรับ ผู้ดูแลต้องปรับตัวและยอมรับสภาพของผู้ป่วยแม้จะไม่ได้เตรียมใจมาก่อน การระบายอารมณ์ ผู้ดูแลมีการแสดงอารมณ์ออกมาเพื่อช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น การหนีปัญหา ผู้ดูแลบางรายเลือกที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเลี่ยงการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยากลำบาก การไม่พึ่งพาผู้อื่น ผู้ดูแลบางคนเลือกที่จะรับภาระในการดูแลเพียงลำพังโดยไม่ขอความช่วยเหลือการพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป ผู้ดูแลต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาทใหม่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยการ

ปรับเปลี่ยนของร่างกาย ผู้ดูแลต้องเปลี่ยนแปลงกิจวัตรและสภาพร่างกายของตนเองเพื่อรองรับบทบาทในการดูแล ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแล ทั้งในด้านอารมณ์ จิตใจ และร่างกาย ดังนั้น การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดีขึ้น และสามารถจัดการกับบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

Singh & Mathur (2022) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแล ความรู้สึกของภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 53 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ เพศของผู้ดูแล ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการดูแลสูงกว่าผู้ชาย เนื่องจากบทบาทตามธรรมชาติของเพศหญิงที่เอาใจใส่และดูแลผู้อื่นประเภทของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นญาติ ความใกล้ชิดและความสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง เนื่องจากความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาระได้ดีขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระและบทบาทของผู้ดูแลงานวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ 2) ปัจจัยด้านภาระในการดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ทักษะต่อการดูแลดูแลสุขภาพ 3) ปัจจัยทางสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชน 4) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ การได้รับคำตอบแทน การได้รับการยอมรับ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน โดยเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการดูแลสูงกว่าผู้ชาย ความใกล้ชิดและความสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยช่วยลดภาระในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลที่ดีขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และแรงจูงใจล้วนมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแล ควรมีมาตรการสนับสนุนจากภาครัฐและชุมชน เช่น การฝึกอบรม การสนับสนุนคำตอบแทน และการให้การยอมรับในสังคม งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมล้วนมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การพัฒนา ระบบสนับสนุนผู้ดูแล และการสร้างแรงจูงใจผ่านคำตอบแทนและการยอมรับจากสังคม จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Zeng et al. (2019) ศึกษา คุณภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันดูแลระยะยาว ในมณฑลเจ้อเจียง ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 84 คน ในสถาบันดูแลระยะยาว ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น วัยกลางคน เพศหญิง และมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น ผู้ดูแลส่วนมาก ไม่ได้รับการฝึกอบรมก่อนเริ่มงาน แม้ว่าจะทำงานที่มีความเข้มข้นสูง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของผู้ดูแล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน มีผลในเชิงบวกต่อ คะแนนความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล การฝึกอบรมก่อนเข้าทำงานมีผลในเชิงบวกต่อคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแล ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพการดูแล การเปรียบเทียบคุณภาพของผู้ดูแลในมณฑลเจ้อเจียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว คุณภาพของผู้ดูแลยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับมาตรฐานของประเทศที่พัฒนาแล้ว งานวิจัยของ Zeng et al. (2019) แสดงให้เห็นว่า ระดับความรู้ ทัศนคติ และการฝึกอบรมของผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่า การศึกษาและการฝึกอบรมมีบทบาทสำคัญ ความเครียดจากการดูแลและการขาดการสนับสนุนส่งผลต่อคุณภาพการดูแล การฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพของผู้ดูแล งานวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นของ การอบรมต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนา ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกอบรมและการพัฒนาความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หากมีการสนับสนุนและอบรมอย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลจะสามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

Chuluunbaatar, Pu & Chou (2017) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงภาระการดูแลของผู้ดูแลนอกระบบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศมองโกเลีย โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลนอกระบบ โรงพยาบาลของรัฐ 9 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า ภาระในการดูแลเปลี่ยนแปลงไปในปีแรกของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ภาระความต้องการของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (จาก 12.61 เป็น 11.50, $p = 0.034$) ภาระด้านความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญ (จาก 10.69 เป็น 11.60, $p = 0.016$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาระการดูแลและบทบาทของผู้ดูแล ได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ปัญหาทางการเงินของผู้ดูแล เพศของผู้ดูแล ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสังคม ข้อสรุป ในปีแรกของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมักเผชิญกับภาระที่เพิ่มขึ้นในด้านความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากต้องปรับตัวและจัดการกับภาระใหม่ ๆ ภาระด้านความเครียดอาจเกิดจากการปรับตัวต่อบทบาทของผู้ดูแล หรือการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสังคม ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระของผู้ดูแล ได้แก่ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัญหาทางการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม การศึกษานี้เน้นให้เห็นว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมหรือทางการเงินสามารถช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ภาระของผู้ดูแลและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาระของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีแรกของการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือสูง งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนที่เหมาะสมสามารถลดภาระของผู้ดูแล และช่วยให้พวกเขาปรับตัวต่อบทบาทของตนได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายและโปรแกรมช่วยเหลือผู้ดูแลในอนาคต

V. C. Anuratha, S. et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กพิการ ณ ศูนย์พักฟื้นในประเทศมาเลเซีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 415 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีผลต่อภาวะซึมเศร้า โดย ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 3.64 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาระดับอื่น ($AOR=3.64$, 95% $CI=1.42 - 9.30$) ผู้ดูแลที่มีบุตรที่ได้รับการศึกษาอื่นนอกระบบมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.16 เท่า ($AOR=2.16$, 95% $CI=1.06 - 4.424$) ความช่วยเหลือทางการเงิน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า หากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือเพียงพอ กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ผู้ดูแลที่ใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาผิดพลาด มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ใช้กลยุทธ์เผชิญปัญหาที่เหมาะสม 1.22 เท่า ($AOR=1.22$, 95% $CI=1.13 - 1.31$) งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษา ความช่วยเหลือทางการเงิน และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กพิการ

Greenwood, Pound, Smith & Brearley (2019) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 35 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 89% มาจากภาคอาสาศัมครเป็นหลัก 86 % โดยเฉลี่ยทำงานเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 8 ปี มีความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยต้องการการสนับสนุนในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กรและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องการทัศนคติที่ดีต่อการดูแลจากสังคม ผู้ดูแลต้องการการยอมรับและการสนับสนุนจากภาครัฐและประชาชน เพื่อให้พวกเขาารู้สึกว่าบทบาทของตนมีคุณค่า งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากองค์กรและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาระของผู้ดูแล ทัศนคติของสังคมที่ดีต่อผู้ดูแลมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ดูแลในภาคอาสาศัมครมักมีภาระสูงและขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคอาสาศัมครต้องการการสนับสนุนและการยอมรับจากสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลจะช่วยให้พวกเขาสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

Naing, May & Aung (2020) ศึกษาภาระของผู้ดูแลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในย่างกุ้ง ประเทศเมียนมา ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ 200 คน ผลการศึกษา พบว่า ระดับภาระของผู้ดูแลใหญ่มีภาระปานกลาง 39.5% มีผู้ดูแลบางส่วนที่มีภาระหนัก แต่ไม่ได้รับจำนวนแน่ชัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาระของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับภาระในการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นมักมีภาระมากขึ้น ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรมีกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี โครงการเยี่ยมบ้าน (Home Visit Program) สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ดูแล การสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดภาระของผู้ดูแล ควรมีโครงการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมให้ความรู้เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดย การจัดอบรมและโครงการเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางสำคัญในการลดภาระของผู้ดูแล ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

Blanchard-Fields & Irion (1988) ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของวิธีการเผชิญความเครียดระหว่างบุคคลที่มีอายุน้อยและบุคคลที่มีอายุมาก โดยพบว่า บุคคลที่มีอายุน้อยมักเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotional-focused coping) มากกว่า โดยเฉพาะการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธปัญหา หรือการพยายามลดอารมณ์ด้านลบ การหลีกเลี่ยงปัญหา หรือการปรับเปลี่ยนอารมณ์ให้ดีขึ้น บุคคลที่มีอายุมากกว่าใช้วิธีเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาโดยตรง (Problem-focused coping) มากกว่า โดยเน้นที่การหาทางออกที่เป็นรูปธรรม และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การใช้วิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกันไปตามช่วงวัย โดยอายุน้อยเน้นการควบคุมอารมณ์ ส่วนอายุมากเน้นการปรับตัวและแก้ไขปัญหาดังตรง จึงควรส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มคนอายุน้อย โดยเน้นการฝึกคิดแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และลดการหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจทำให้เกิดความเครียดสะสม พัฒนากลยุทธ์การบริหารจัดการอารมณ์และการรับมือกับความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้พวกเขาปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีขึ้น นำแนวคิดนี้ไปใช้ในสถานที่ทำงานหรือโครงการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อออกแบบแนวทางสนับสนุนพนักงานที่มีอายุและวิธีการรับมือกับความเครียดที่แตกต่างกันตามช่วงวัย

งานวิจัยของ DeokJu Kim (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการดูแล ภาวะซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเอง ในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ใหญ่ที่มีความพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 108 คน ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในประเทศเกาหลี ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการดูแลกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าและความเครียดทางเศรษฐกิจและจิตใจ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ความเครียดในการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงมักจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า กลุ่มที่มีแนวโน้มเผชิญกับความเครียดมากที่สุด ผู้ดูแลเพศหญิงที่ไม่มีงานทำ เป็นกลุ่มที่มีระดับความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อมั่นในตนเอง อายุของผู้ดูแล เพศของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

Ma et al. (2014) ศึกษาภาระในการดูแลและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บจำนวน 150 ราย และผู้ดูแลหลัก ศึกษาในโรงพยาบาลแห่งที่สองและสามของมหาวิทยาลัยหนานชาง ผลการศึกษา พบว่า ระดับภาระของผู้ดูแลค่าเฉลี่ยคะแนนภาระของผู้ดูแลอยู่ที่ 52.91 ± 11.56 คะแนน 88% ของผู้ดูแลมีภาระในระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสเพศหญิง กลยุทธ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงลบ ผู้ดูแลมีแนวโน้มใช้มากกว่าผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี ความสัมพันธ์ระหว่างภาระกับกลยุทธ์การเผชิญปัญหา การใช้กลยุทธ์การเผชิญ

ปัญหาเชิงลบ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับภาระของผู้ดูแล กล่าวคือ ยิ่งใช้กลยุทธ์เชิงลบมากภาระในการดูแลยิ่งเพิ่มขึ้น การใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงรุกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับภาระในการดูแล กล่าวคือ ยิ่งใช้กลยุทธ์เชิงรุกมาก ภาระในการดูแลยิ่งลดลง ผลกระทบของภาระในการดูแลส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจและความรับผิดชอบทางสังคมที่เพิ่มขึ้น งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังมีระดับสูงและผู้ดูแลที่ใช้กลยุทธ์เชิงลบมักมีภาระที่หนักขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมกลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงรุกและการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและจิตใจ เป็นแนวทางสำคัญที่สามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลและพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 3/3 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5/5 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 7/6 สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 118 คน (งานสถิติสถาบันบำราศนราดูร, 2567)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.7 กำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ส่วนค่าขนาดของผล (Effect size) กำหนดไว้ที่ขนาดกลาง 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน เพื่อป้องกันความเสียหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคนเดียวที่ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป
3. ผู้ป่วยติดเตียงที่ดูแลมีคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living index: ADL) อยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคกระดูก
4. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น วัณโรค
2. มีประวัติการใช้สารเสพติด
3. มีประวัติความผิดปกติทางจิตที่มีผลต่อการเข้าร่วมการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นแบบสอบถามปลายปิด ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20: SPST -20) พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรง กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม เป็นการประเมินระดับความเครียด ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า มีระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

- ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
- ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
- ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง
- ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
- ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

การแปลผล

แบบวัดความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมคะแนนที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 0 – 23 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (Mild stress) ซึ่งมักจะหายไปในระยะเวลาอันสั้น ความเครียดในระดับนี้เป็นลักษณะของความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตในภาพรวม บุคคลในภavnนี้จะสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ด้วยการปรับตัวที่เป็นธรรมชาติและเป็นการปรับตัวที่ไม่ต้องใช้พลังงานมาก เป็นการปรับตัวที่มีลักษณะของการผ่อนคลายร่างกาย ความเครียดในระดับนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองและบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับคะแนน 24 – 41 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate stress) เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ความเครียดในระดับนี้ถือเป็นภาวะที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่รุนแรงจนถึงขั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อการดำเนินชีวิต ความเครียดระดับนี้สามารถบรรเทาได้โดยการใช้วิธีการต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การฟังเพลง การทำงานอดิเรก การอ่านหนังสือ หรือการพูดคุยและระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้วางใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถผ่อนคลายและลดความเครียดลงได้ ในระดับนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการเผชิญกับสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์สำคัญในสังคม โดยบุคคลจะตอบสนองด้วยความวิตกกังวลหรือความกลัว แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่รุนแรงและสามารถปรับตัวได้ ความเครียดในระดับนี้สามารถกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้นในการจัดการสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับคะแนน 42 – 61 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (Height stress) ซึ่งเกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง หรือความเดือดร้อนจากสิ่งต่างๆ หรือเหตุการณ์รอบตัว การตอบสนองในลักษณะของความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกขัดแย้ง ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การปรับตัวเพื่อลดความเครียดในระดับนี้ทำได้ยาก และส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน ความเครียดในระดับนี้ถือเป็นภาวะที่อยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาอาจพัฒนาไปสู่ภาวะเครียดเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาในภายหลัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร การจัดการความเครียดในระดับนี้ควรเริ่มจากการใช้วิธีคลายเครียดที่ง่ายและได้ผล เช่น การฝึกการหายใจลึก การพูดคุยหรือระบายความเครียดกับบุคคลที่ไว้วางใจ

และการค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาความเครียดในระยะยาว

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดที่ดำเนินติดต่อกันอย่างต่อเนื่องจากการเผชิญกับวิกฤตชีวิต เช่น การเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรัง การมีความพิการ หรือการสูญเสียคนรัก ทรัพย์สินหรือสิ่งที่มีความหมาย ซึ่งทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และหมดแรง การควบคุมตนเองกลายเป็นเรื่องยาก ส่งผลให้เกิดอาการทางกายและโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย ความเครียดในระดับนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล ทำให้ชีวิตขาดความสุข มีความคิดฟุ้งซ่าน และไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังมีปัญหาในการยับยั้งอารมณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและร่างกายที่รุนแรงขึ้นในระยะยาว

การแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ ใช้เกณฑ์ ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรายภาคขึ้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5-1}{4} \\ &= 1.00\end{aligned}$$

ค่า Interval size ดังกล่าวสามารถจำแนกเป็นระดับคะแนนความเครียด ดังนี้

กรณีคะแนนรวม	กรณีคะแนนเฉลี่ย	ระดับความเครียด
0 – 23 คะแนน	1.00 – 2.00	เครียดต่ำ
24 – 41 คะแนน	2.01 – 3.00	เครียดปานกลาง
42 – 61 คะแนน	3.01 – 4.00	เครียดสูง
62 คะแนนขึ้นไป	4.01 – 5.00	เครียดรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS) (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาเครื่องมือโดยกิริติญา ไทยอยู่ (2557) แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (1988) มีจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 5, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 28, 29, 31, 32 และ 34 ด้านการจัดการด้านอารมณ์ (Emotive coping) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 6, 9, 13, 19, 21, 23 และ 24 และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม การบรรเทาปัญหา (Palliative coping) จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 7, 8, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 27, 30, 33, 35 และ 36

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า มีระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

- 1 = ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เลย
- 2 = นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 1-3 ครั้ง/เดือน
- 3 = บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 1-2 ครั้ง/เดือน
- 4 = บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 3-4 ครั้ง/เดือน
- 5 = เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เกือบทุกครั้ง

การแปลผล

คะแนนรวมของแบบสอบถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 36 – 180 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเผชิญกับความเครียดมาก คะแนนของการเผชิญความเครียด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย	มีค่าคะแนนเฉลี่ย	36 – 84	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย	85 – 132	คะแนน
ระดับมาก	มีค่าคะแนนเฉลี่ย	133 – 180	คะแนน

การแปลผลรายด้าน พบว่ามีข้อจำกัดไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้านได้ เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าว Vitaliano, Maiuro, Russo & Beker (1987) จึงเสนอการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) โดยการรวมคะแนนจริงในแต่ละด้าน แล้วนำมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ ได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดแต่ละด้านจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01 – 1.00 โดยคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากกว่า แสดงว่ามีการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก ซึ่งคะแนนสัมพัทธ์คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

XR = ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน

MC = ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ME = ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการด้านอารมณ์

MP = ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม

XR = MP / (MP + ME + MC)

การแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ อยู่ในช่วง 1 – 5 ถ้าคะแนนรายด้านใดมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญกับความเครียด ในการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตนะ (2544) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 2.33	กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับน้อย
2.34 – 3.67	กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับมาก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

- แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นแบบวัดความเครียดที่ได้มาตรฐานของโรงพยาบาลสวนปรุง (Suansaranrom Stress Test: SPST-20) มีจำนวน 20 ข้อ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 2 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence: IOC) ได้ค่า IOC = 1.00

- แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ มีจำนวน 36 ข้อ นำไปตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 2 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence: IOC) ได้ค่า IOC = 0.93

3.4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 10 คน มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่น = 0.87 และ 0.89

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือการวิจัย ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำราศนราดูร หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ N006q/67 (รายละเอียดในภาคผนวก ข) ผู้วิจัยนำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.2 เมื่อผ่านความเห็นชอบและได้รับหนังสืออนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นำหนังสืออนุมัติพร้อมทั้งโครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อรองผู้อำนวยการสถาบัน ฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 3/3 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5/5 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 7/6

3.5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2.1 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยตามพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและขอใช้สถานที่ในการทำวิจัย

3.5.2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3.5.2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- ผู้วิจัยแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มอาสาสมัครวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มอาสาสมัครวิจัยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวแต่อย่างใด

- การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ช่วยวิจัยชี้แจงขั้นตอนการกรอกแบบสอบถามให้ละเอียด ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ ไม่มีการชี้นำคำตอบ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการกรอกแบบสอบถาม 30 นาที แล้วส่งคืนผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

- ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

- สรุปผลการวิจัย

3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน โดยได้เสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือการวิจัย และขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูรที่เป็นพื้นที่ศึกษาก่อนที่จะดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยนั้น ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์เริ่มต้นตั้งแต่การแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงเจตนารับการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยมีการใส่รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลจะมีการเก็บรักษาในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก และคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านเฉพาะเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลจากบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาต ในการเผยแพร่ผลการศึกษาผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยคำนึงถึงประโยชน์ของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าผลการศึกษาของตนเอง โดยไม่ใช้ทัศนคติส่วนตัวในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วยและครอบครัว

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

3.7.2 แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.4 สถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

3.7.5 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นการศึกษาระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 3/3 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5/5 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 7/6 สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
XR	แทน	ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน
MC	แทน	ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
ME	แทน	ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการด้านอารมณ์
MP	แทน	ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม
X_R	แทน	ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.1 ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	15.00
หญิง	34	85.00
ช่วงอายุ (ปี) (อายุเฉลี่ย 64.80 ปี)		
30 – 40	7	17.50
41 - 50	8	20.00
51 – 60	7	17.50
61 – 70	16	40.00
71 ปีขึ้นไป	2	5.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	12	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	27.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	10.00
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	6	15.00

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=40)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรี	5	12.50
สูงกว่าปริญญาตรี	2	5.00
รายได้ (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	11	27.50
10,001 – 20,000	23	57.50
20,001 – 30,000	3	7.50
30,001 – 40,000	2	5.00
40,001 ขึ้นไป	1	2.50
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)		
6 เดือน – 1 ปี	4	10.00
1 – 5	26	65.00
6 – 10	9	22.50
11 – 15	0	0.00
16 ปีขึ้นไป	1	2.50

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 34 คน ร้อยละ 85.00 และเพศชายจำนวน 6 คน ร้อยละ 15.00 มีอายุระหว่าง 61 – 70 ปี มากที่สุด จำนวน 16 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาอายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00 อายุระหว่าง 30 – 40 ปี และ 41 – 50 ปี มีจำนวนเท่ากัน คือ 7 คน ร้อยละ 17.50 และอายุ 71 ปีขึ้นไป มีจำนวน 2 คน ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 64.82 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน ร้อยละ 30.00 รองลงมา จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 11 คน ร้อยละ 27.50 ปวช./ปวส./อนุปริญญา 6 คน ร้อยละ 15 ปริญญาตรี 5 คน ร้อยละ 12.50 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย 4 คน ร้อยละ 10.00 และสูงกว่าปริญญาตรี 2 คน ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 10,001 – 20,000 บาท จำนวน 23 คน ร้อยละ 57.50 รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 11 คน ร้อยละ 27.50 มีรายได้ 20,001 – 30,000 บาท จำนวน 3 คน ร้อยละ 7.50 มีรายได้ 30,001 – 40,000 บาท จำนวน 2 คน ร้อยละ 5.00 และรายได้มากกว่า 40,000 บาท จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี จำนวน 26 คน ร้อยละ 65.00 รองลงมา มีระยะเวลาดูแลในช่วง 6 – 10 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 22.50 และระยะเวลาดูแลในช่วง 6 เดือน – 1 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 10.00 มีเพียง 1 คน ที่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยนานกว่า 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.50

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามระดับความเครียด (n=40)

ระดับความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (0 – 23 คะแนน)	2	5.00
ระดับปานกลาง (24 – 41 คะแนน)	28	70.00
ระดับสูง (42 – 61 คะแนน)	9	22.50
ระดับรุนแรง (มากกว่า 62 คะแนน)	1	2.50

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 28 คน ร้อยละ 70.00 รองลงมา มีความเครียดในระดับสูง จำนวน 9 คน ร้อยละ 22.50 มีความเครียดระดับน้อย จำนวน 2 คน ร้อยละ 5.00 และมีความเครียดระดับรุนแรง จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.50

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกระดับความเครียดรายข้อ (n=40)

รายข้อ	ระดับความเครียด		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความเครียด
ด้านร่างกาย	2.98	0.89	ปานกลาง
ปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ	3.50	1.18	สูง
ปวดหัวจากความตึงเครียด	3.43	1.22	สูง
ปวดหลัง	3.43	1.13	สูง
ปวดศีรษะข้างเดียว	2.83	1.24	ปานกลาง
รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.53	1.04	ปานกลาง
เป็นหวัดบ่อยๆ	2.18	1.01	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	2.81	0.96	ปานกลาง
เป็นกังวลเกี่ยวกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ	2.53	1.01	ปานกลาง
น้ำ เสียง และดิน			
รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	2.40	1.28	ปานกลาง
รู้สึกวิตกกังวล	3.23	1.19	สูง
รู้สึกคับข้องใจ	2.90	1.13	ปานกลาง
รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด	3.03	1.17	สูง
รู้สึกเศร้า	2.93	1.29	ปานกลาง
รู้สึกสับสน	2.68	1.12	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม	2.97	0.87	ปานกลาง
กลัวทำงานผิดพลาด	2.83	1.12	ปานกลาง
ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	2.33	1.10	ปานกลาง
ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานใน	3.13	1.36	สูง
บ้าน			
เงินไม่พอใช้จ่าย	3.43	1.32	สูง
ความอยากอาหารเปลี่ยน	2.55	1.08	ปานกลาง
ความจำไม่ดี	2.83	0.96	ปานกลาง
ตั้งสมาธิลำบาก	2.50	0.96	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกระดับความเครียดรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ ($\bar{x}=3.50$, S.D.=1.18) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ เป็นหวัดบ่อย ๆ ($\bar{x}=2.18$, S.D.=1.01) มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกข้อคำถามในแต่ละด้าน พบว่า ด้านร่างกายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ ($\bar{x}=3.50$, S.D.=1.18) มีความเครียดในระดับสูง รองลงมา คือ ปวดหัวจากความตึงเครียด ($\bar{x}=3.43$, S.D.=1.22) และปวดหลัง ($\bar{x}=3.43$, S.D.=1.13) มีความเครียดอยู่ในระดับสูงเท่ากัน ปวดศีรษะข้างเดียว ($\bar{x}=2.83$, S.D.=1.24) รู้สึกเหนื่อยง่าย ($\bar{x}=2.53$, S.D.=1.04) และเป็นหวัดบ่อยๆ ($\bar{x}=2.18$, S.D.=1.01) มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดด้านจิตใจ ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ รู้สึกวิตกกังวล ($\bar{x}=3.23$, S.D.=1.19) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด ($\bar{x}=3.03$, S.D.=1.17) มีความเครียดอยู่ระดับสูง รู้สึกเศร้า ($\bar{x}=2.93$, S.D.=1.29) รู้สึกคับข้องใจ ($\bar{x}=2.90$, S.D.=1.13)

รู้สึกสับสน ($\bar{x}=2.68$, $S.D.=1.12$) เป็นกังวลเกี่ยวกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน ($\bar{x}=2.53$, $S.D.=1.01$) และรู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ ($\bar{x}=2.40$, $S.D.=1.28$) มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียด ด้านพฤติกรรม ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เงินไม่พอใช้จ่าย ($\bar{x}=3.43$, $S.D.=1.32$) รองลงมา คือ ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน ($\bar{x}=3.13$, $S.D.=1.36$) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง กลัวทำงานผิดพลาด ($\bar{x}=2.83$, $S.D.=1.12$) ความจำไม่ดี ($\bar{x}=2.83$, $S.D.=0.96$) ความอยากอาหารเปลี่ยน ($\bar{x}=2.55$, $S.D.=1.08$) ตั้งสมาธิลำบาก ($\bar{x}=2.50$, $S.D.=0.96$) และไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ($\bar{x}=2.33$, $S.D.=1.10$) มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกรายด้าน และโดยรวม ($n=40$)

ความเครียด	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเครียด
ด้านร่างกาย	2.98	0.89	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม	2.97	0.87	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	2.81	0.96	ปานกลาง
โดยรวม	2.92	0.86	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกโดยรวม และรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.92$, $S.D.=0.86$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดด้านร่างกาย ($\bar{x}=2.98$, $S.D.=0.89$) คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดด้านพฤติกรรม ($\bar{x}=2.97$, $S.D.=0.87$) และคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดด้านจิตใจ ($\bar{x}=2.81$, $S.D.=0.96$) อยู่ในระดับปานกลางทั้งสามด้าน

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามระดับการเผชิญความเครียด ($n=40$)

ระดับการเผชิญความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (36 – 84 คะแนน)	4	10.00
ระดับปานกลาง (85 – 132 คะแนน)	33	82.50
ระดับมาก (133 – 180 คะแนน)	3	7.50
($\bar{x}= 104.65$, $S.D.= 18.94$)		

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามระดับการเผชิญความเครียด พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 33 คน ร้อยละ 82.50 รองลงมา มีการเผชิญความเครียดระดับน้อย จำนวน 4 คน ร้อยละ 10.00 และการเผชิญความเครียดระดับมาก จำนวน 3 คน ร้อยละ 7.50 ตามลำดับ ระดับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($\bar{x}=104.65$, $S.D.=18.94$)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกระดับการเผชิญความเครียดรายข้อ (n=40)

แบบประเมินการเผชิญความเครียด	ลักษณะการเผชิญความเครียด		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการเผชิญความเครียด
ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา	2.97	0.24	ปานกลาง
หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น	3.40	1.10	ปานกลาง
พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน	2.95	1.13	ปานกลาง
ปล่อยให้คนอื่นแก้ไขปัญหาคือความสุญญากาศ	2.58	1.17	ปานกลาง
เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คิดว่าจะเกิดขึ้นได้	2.60	1.24	ปานกลาง
ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	3.13	0.97	ปานกลาง
สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ	3.83	0.98	มาก
ถอยหนีจากสถานการณ์	2.93	1.19	ปานกลาง
เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข	2.90	1.15	ปานกลาง
อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	2.60	1.08	ปานกลาง
ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	2.50	0.99	ปานกลาง
ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้	2.90	1.03	ปานกลาง
เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นในตอนเช้า	3.10	1.10	ปานกลาง
บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	2.95	1.08	ปานกลาง
มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริง	3.10	1.10	ปานกลาง
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	2.96	0.36	ปานกลาง
ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย	2.30	1.22	น้อย
คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาคือความสุญญากาศ	3.13	1.09	ปานกลาง
พยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ไขปัญหาก็ได้	2.88	1.02	ปานกลาง
ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน	2.73	1.06	ปานกลาง
พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน	3.15	0.86	ปานกลาง
พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	3.03	1.07	ปานกลาง
พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	3.28	1.14	ปานกลาง
พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง	2.93	1.12	ปานกลาง
พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น	3.03	0.89	ปานกลาง
ลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	3.08	1.00	ปานกลาง
พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	3.08	0.94	ปานกลาง
พยายามแก้ปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ	3.03	0.86	ปานกลาง
กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	2.95	1.08	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอารมณ์	2.78	0.42	ปานกลาง
กังวลใจ	3.48	0.96	ปานกลาง
ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้	3.05	1.20	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกระดับการเผชิญความเครียดรายข้อ (n=40) (ต่อ)

รายข้อ	ลักษณะการเผชิญความเครียด		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการเผชิญความเครียด
ด้านการจัดการกับอารมณ์ (ต่อ)			
การกิน การสูบ การขบเคี้ยว	2.53	1.18	ปานกลาง
คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย	2.25	1.17	น้อย
อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ	2.83	1.38	ปานกลาง
กระวนกระวาย หงุดหงิด	3.08	1.29	ปานกลาง
ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	2.20	1.07	น้อย
ระบายอารมณ์กับคนอื่นหรือสิ่งของ	2.63	1.25	ปานกลาง
แยกตัว อยากรอยู่คนเดียวตามลำพัง	2.93	1.16	ปานกลาง
โดยรวม	2.91	0.53	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนก ระดับการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.91$, S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($\bar{x}=2.97$, S.D.=0.24) รองลงมา คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($\bar{x}=2.96$, S.D.=0.36) ด้านการจัดการกับอารมณ์ ($\bar{x}=2.78$, S.D.=0.42) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางทั้งสามด้าน เมื่อพิจารณาการตอบข้อคำถามพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสวดมนต์และพึ่งพาสังค์ตี่ลสิทธิ ($\bar{x}=3.83$, S.D.=0.98) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับมาก และข้อคำถามมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา ($\bar{x}=2.20$, S.D.=1.07) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับน้อย และเมื่อจำแนกข้อคำถามในแต่ละด้าน พบว่า ข้อคำถามด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ สวดมนต์เชื่อในสังค์ตี่ลสิทธิ หรือสิ่งที่เชื่อถือ ($\bar{x}=3.83$, S.D.=0.98) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น ($\bar{x}=3.40$, S.D.=1.10) ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ($\bar{x}=3.13$, S.D.=0.97) เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นในตอนเช้า ($\bar{x}=3.10$, S.D.=1.10) มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริง ($\bar{x}=3.08$, S.D.=1.10) พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน ($\bar{x}=2.95$, S.D.=1.13) บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น ($\bar{x}=2.95$, S.D.=1.08) ถอยหนีจากสถานการณ์ ($\bar{x}=2.93$, S.D.=1.19) เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข ($\bar{x}=2.90$, S.D.=1.15) ปล่องให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ($\bar{x}=2.90$, S.D.=1.03) เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คิดว่าจะเกิดขึ้นได้ ($\bar{x}=2.60$, S.D.=1.24) อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายตัวเอง ($\bar{x}=2.60$, S.D.=1.08) ปล่องให้คนอื่นแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ($\bar{x}=2.58$, S.D.=1.17) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน ($\bar{x}=2.50$, S.D.=0.99) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ข้อคำถามด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{x}=3.28$, S.D.=1.14) รองลงมา คือ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน ($\bar{x}=3.15$, S.D.=0.86) คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ($\bar{x}=3.13$, S.D.=1.09) ลองแก้ปัญหาลาหลาย วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด

($\bar{x}=3.08$, $S.D.=1.00$) พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา ($\bar{x}=3.08$, $S.D.=0.94$) พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ ($\bar{x}=3.03$, $S.D.=1.07$) พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น ($\bar{x}=3.03$, $S.D.=0.89$) พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ ($\bar{x}=3.03$, $S.D.=0.86$) กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา ($\bar{x}=2.95$, $S.D.=1.08$) พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง ($\bar{x}=2.93$, $S.D.=1.12$) พยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ไขปัญหได้ ($\bar{x}=2.88$, $S.D.=1.02$) ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน ($\bar{x}=2.73$, $S.D.=1.06$) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ($\bar{x}=2.30$, $S.D.=1.22$) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับน้อย ข้อคำถามด้านการจัดการกับอารมณ์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ กังวลใจ ($\bar{x}=3.48$, $S.D.=0.96$) กระวนกระวาย หงุดหงิด ($\bar{x}=3.08$, $S.D.=1.29$) ยึดติดกับปัญหาคิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้ ($\bar{x}=3.05$, $S.D.=1.20$) แยกตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง ($\bar{x}=2.93$, $S.D.=1.16$) อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่งสวด ($\bar{x}=2.83$, $S.D.=1.38$) ระบายอารมณ์กับคนอื่นหรือสิ่งของ ($\bar{x}=2.63$, $S.D.=1.25$) การกิน การสูบบุหรี่หรือดื่ม ($\bar{x}=2.53$, $S.D.=1.18$) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย ($\bar{x}=2.25$, $S.D.=1.17$) ต่ำหนึคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา ($\bar{x}=2.20$, $S.D.=1.07$) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยคะแนนจริง และคะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกการเผชิญความเครียดรายด้าน (n=40)

การเผชิญความเครียด	คะแนนจริง $\bar{X}$ (S.D.)	X_R
ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา (14 ข้อ)	42.40 (15.15)	0.35
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (13 ข้อ)	38.05 (13.43)	0.34
ด้านการจัดการกับอารมณ์ (9 ข้อ)	24.50 (10.69)	0.31

จากตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนจริง และคะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามการเผชิญความเครียดรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้การเผชิญความเครียด ด้านการจัดการบรรเทาปัญหามากที่สุด ($X_R= 0.35$) รองลงมา คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($X_R= 0.34$) และด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ($X_R= 0.31$)

ตารางที่ 4.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=40)

ความเครียด	ค่าสัมพัทธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
รายด้าน			
ด้านการจัดการด้านอารมณ์	0.834**	<0.001	สูง
ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา	0.406**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	0.240**	<0.001	ต่ำ
การเผชิญความเครียดโดยรวม	0.535**	<0.001	ปานกลาง

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล

ผู้ป่วยติดเตียง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการด้านอารมณ์ ($r=0.834$, $p<0.001$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($r=0.406$, $p<0.001$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r=0.240$, $p<0.001$) และการเผชิญความเครียดโดยรวม พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r= 0.535$, $p<0.001$)

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบัน บำราศนราดรุณ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดรุณ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดรุณ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มารับบริการในหอ ผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 3/3 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5/5 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 7/6 สถาบันบำราศนราดรุณ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง ผู้วิจัยสรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

5.1.1 การศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วย อายุรกรรม สถาบันบำราศนราดรุณ

5.1.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จากการรวบรวมข้อมูลทั่วไปโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 40 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.00 ขณะที่เพศชายมีเพียง ร้อยละ 15.00 สะท้อนให้เห็นว่าผู้หญิงมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย ติดเตียงกลุ่มนี้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากบทบาททางสังคมและวัฒนธรรม ที่มักกำหนดให้ผู้หญิงทำหน้าที่ดูแล สมาชิกในครอบครัว ในด้านอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64.80 ปีซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าภาระการดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ ตกอยู่กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาจมีข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเองและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยทำงาน ได้แก่ กลุ่มอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 กลุ่มอายุ 51 – 60 ปี และ 31 – 40 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 17.50 เท่ากัน ซึ่งเป็นช่วงอายุของบุคคลที่มักมีภาระงานหรือหน้าที่ การงานประจำ จึงอาจมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีเวลาว่างมากกว่า ระดับการศึกษา กลุ่มที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ร้อยละ 30.00 ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้ เฉพาะด้านการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ขึ้นไปมีเพียง ร้อยละ 12.50 ในด้านรายได้ของผู้ดูแล กลุ่มที่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท เป็นกลุ่ม ใหญ่ที่สุด ร้อยละ 57.50 และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีถึงร้อยละ 27.50 ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการหารายได้ มีเพียง ร้อยละ 2.50 ที่มีรายได้ มากกว่า 40,001 บาทขึ้นไป ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มาแล้ว 1 – 5 ปี ร้อยละ 65.00 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเวลา que เริ่มคุ้นเคยกับการดูแล มีเพียงร้อยละ 2.50 ที่ดูแลผู้ป่วย มานานกว่า 16 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะยาวอาจเป็นภาระที่หนักและมีคนจำนวนน้อย ที่สามารถทำได้

5.1.1.2 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จากการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) จำนวน 20 ข้อ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.00 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึง แนวโน้มของภาวะความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล และควรได้รับการดูแลและสนับสนุน ด้านจิตใจอย่างเหมาะสม เนื่องจากหากไม่มีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะความเครียด ระดับสูงได้ในอนาคต ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีระดับความเครียดในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 5.00 แสดงให้

เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ต้องการการส่งเสริมทักษะในการจัดการความเครียด ขณะเดียวกันยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 22.50 มีความเครียดในระดับสูง และอีกร้อยละ 2.50 อยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการวางแผนให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องและมีระบบ จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.92$, $S.D.=0.86$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.98$, $S.D.=0.89$) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอาการบางประการสะท้อนถึงระดับความเครียดที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ อาการปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ ($\bar{x}=3.50$, $S.D.=1.18$) ปวดหัวจากความตึงเครียด ($\bar{x}=3.43$, $S.D.=1.22$) และปวดหลัง ($\bar{x}=3.43$, $S.D.=1.13$) ซึ่งบ่งชี้ว่า ความเครียดส่งผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทของร่างกาย ในขณะเดียวกันกลุ่มอาการที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ได้แก่ ปวดศีรษะข้างเดียว ($\bar{x}=2.83$, $S.D.=1.24$) รู้สึกเหนื่อยง่าย ($\bar{x}=2.53$, $S.D.=1.04$) และเป็นหวัดบ่อย ($\bar{x}=2.18$, $S.D.=1.01$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความเครียดส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วย คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.97$, $S.D.=0.87$) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีระดับความเครียดในระดับสูงจากประเด็นด้านการเงิน โดยเฉพาะเรื่องเงินไม่พอใช้จ่าย ($\bar{x}=3.43$, $S.D.=1.32$) และครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน ($\bar{x}=3.13$, $S.D.=1.36$) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะความเครียด และอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกัน ยังพบพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความกลัวว่าจะทำงานผิดพลาด ($\bar{x}=2.83$, $S.D.=1.12$) ความจำไม่ดี ($\bar{x}=2.83$, $S.D.=0.96$) การเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร ($\bar{x}=2.55$, $S.D.=1.08$) การมีสมาธิลำบาก ($\bar{x}=2.50$, $S.D.=0.96$) และความรู้สึกว่าไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ($\bar{x}=2.33$, $S.D.=1.10$) ซึ่งบ่งชี้ว่าความเครียดมีผลต่อพฤติกรรมและประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดด้านจิตใจ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.81$, $S.D.=0.96$) โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ รู้สึกวิตกกังวล ($\bar{x}=3.23$, $S.D.=1.19$) ซึ่งอยู่ในระดับความเครียดสูง รองลงมา คือ รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด ($\bar{x}=3.03$, $S.D.=1.17$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับความเครียดสูงเช่นกัน ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความเครียดมีผลกระทบอย่างชัดเจนต่ออารมณ์และสภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง นอกจากนี้ ยังพบว่ามีระดับความเครียดในระดับปานกลางในหลายข้อ ได้แก่ รู้สึกเศร้า ($\bar{x}=2.93$, $S.D.=1.29$) รู้สึกคับข้องใจ ($\bar{x}=2.90$, $S.D.=1.13$) รู้สึกสับสน ($\bar{x}=2.68$, $S.D.=1.12$) รู้สึกกังวลเกี่ยวกับสารพิษหรือมลภาวะในสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}=2.53$, $S.D.=1.01$) และรู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบกับผู้อื่น ($\bar{x}=2.40$, $S.D.=1.28$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับผลกระทบทางอารมณ์จากความเครียด แต่ยังสามารถควบคุมและปรับตัวได้ในระดับหนึ่ง จากผลการศึกษาระดับความเครียดทั้งในด้านร่างกายด้านพฤติกรรม และด้านจิตใจ สามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อาการบางประการมีความรุนแรงในระดับสูง โดยเฉพาะอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความตึงกล้ามเนื้อและระบบประสาท อาการทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลและความหงุดหงิด และปัญหาทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเงิน ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลและสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

5.1.1.3 ระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จากผลการประเมินระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ด้วยแบบสอบถามการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีระดับการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.50 ขณะที่ระดับการเผชิญความเครียดในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 10.00 และระดับการเผชิญความเครียดในระดับมาก

มีเพียงร้อยละ 7.50 สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีศักยภาพในการรับมือกับความเครียดในระดับที่สามารถควบคุมและจัดการได้ แม้ว่าจะยังไม่อยู่ในระดับสูง แต่ก็แสดงถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่ควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาเพิ่มเติมผ่านกระบวนการเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.91$, $S.D.=0.53$) โดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ด้านหลักของการเผชิญความเครียด ได้แก่ 1) ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x}=2.97$, $S.D.=0.24$) การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีแนวโน้มพึ่งพาความเชื่อและศาสนาในการจัดการกับความเครียด โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในด้านนี้คือ การสวดมนต์หรือพึ่งพาสังคักดีลลิตี ($\bar{x}=3.83$, $S.D.=0.98$) ซึ่งเป็นคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดของแบบสอบถามชุดนี้ แสดงให้เห็นว่าศาสนาและความเชื่อทางจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียด อย่างไรก็ตาม การขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน ($\bar{x}=2.50$, $S.D.=0.99$) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านนี้ สะท้อนถึงแนวโน้มของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อาจไม่ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเต็มที่ในการรับมือกับความเครียด 2) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.96$, $S.D.=0.36$) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักใช้การวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์ เช่น การพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{x}=3.28$, $S.D.=1.14$) และการพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน ($\bar{x}=3.15$, $S.D.=0.86$) ซึ่งแสดงถึงรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เน้นเหตุผลและการประเมินสถานการณ์อย่างมีวิภาษะ อย่างไรก็ตาม พบว่าการลดความเครียดโดยการออกกำลังกาย ($\bar{x}=2.30$, $S.D.=1.22$) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการใช้กิจกรรมทางกายยังไม่ใช้กลยุทธ์ที่แพร่หลาย และ 3) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.78$, $S.D.=0.42$) การตอบสนองที่พบมาก ได้แก่ ความพยายามในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง เช่น ความกังวลใจ ($\bar{x}=3.48$, $S.D.=0.96$) และความรู้สึกกระวนกระวายหรือหงุดหงิด ($\bar{x}=3.08$, $S.D.=1.29$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีการตอบสนองทางอารมณ์ที่ชัดเจน ในขณะที่ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านนี้คือ การตำหนิผู้อื่นว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา ($\bar{x}=2.20$, $S.D.=1.07$) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มแบกรับปัญหาด้วยตนเองมากกว่าการกล่าวโทษผู้อื่น

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีระดับการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางในทั้งสามด้าน โดยมีแนวโน้มพึ่งพาศาสนาและความเชื่อเป็นกลไกสำคัญในการลดความตึงเครียดผ่านแนวทางการคิดวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัญหา และมีการควบคุมอารมณ์ของตนเองในระดับที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีการทางกายภาพ เช่น การออกกำลังกาย และการพึ่งพาสังคมรอบข้างในการเผชิญความเครียด ยังอยู่ในระดับต่ำ จึงควรส่งเสริมให้มีกลยุทธ์ที่หลากหลายและยืดหยุ่นมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในอนาคต

5.1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบาราศนราดรุ

5.1.2.1 คะแนนสัมพัทธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในการเผชิญความเครียดรายด้าน จากผลการวิเคราะห์คะแนนสัมพัทธ์ (Relative Score: XR) ของการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีการใช้วิธีการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) มากที่สุด โดยมีค่า X_R เท่ากับ 0.35 รองลงมาคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) ซึ่งมีค่า X_R เท่ากับ 0.34 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ความสำคัญกับการบรรเทาผลกระทบจากความเครียดผ่านวิธีที่ช่วยลดความทุกข์ เช่น การพึ่งพาความเชื่อ การแสวงหาความสงบทางจิตใจ หรือการใช้กลไกปรับตัวที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย

ขณะที่ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) มีค่า X_R ต่ำที่สุด เท่ากับ 0.31 ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้วิธีการควบคุมหรือจัดการกับอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ หรือความเศร้า ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับอีกสองวิธีข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มเน้นการบรรเทาปัญหาและการเผชิญหน้าอย่างมีเหตุผลมากกว่าการจัดการอารมณ์ภายในของตนเอง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีศักยภาพในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีความจำเป็นในการส่งเสริมทักษะด้านการจัดการอารมณ์ เพื่อให้การเผชิญความเครียดมีความสมดุลและมีประสิทธิภาพในระยะยาวมากยิ่งขึ้น

5.1.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการเผชิญความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.535, p < 0.01$) สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มสูงขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากขึ้น ทั้งในรูปแบบการจัดการทางอารมณ์ การจัดการบรรเทาปัญหา และการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเครียดและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในรายด้าน พบว่า 1) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการจัดการด้านอารมณ์ ($r = 0.834, p < 0.01$) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มที่จะใช้กลยุทธ์ในการควบคุม และจัดการกับอารมณ์ของตนเองมากขึ้นเมื่อเผชิญกับภาวะความเครียด เช่น การควบคุมความวิตกกังวล ความโกรธ หรือความเศร้า ทั้งนี้ อาจสะท้อนถึงรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เน้นการปรับตัวภายในจิตใจมากกว่าการจัดการกับสถานการณ์ภายนอกโดยตรง โดยเฉพาะในบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มักต้องเผชิญกับความกดดันทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง 2) ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการบรรเทาปัญหา ($r = 0.406, p < 0.01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการบรรเทาผลกระทบจากความเครียดผ่านแนวทางที่ช่วยลดความรู้สึกตึงเครียดในชีวิตประจำวัน เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นความเครียด การหากิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย การพักผ่อน หรือการพึ่งพาความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ กลยุทธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงบทบาทของกลไกการปรับตัวในเชิงหลีกเลี่ยงหรือการเยียวยาทางจิตใจ ซึ่งแม้จะไม่ได้มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาโดยตรง แต่สามารถช่วยลดระดับความเครียดได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางอารมณ์และภาระทางกายอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = 0.240, p < 0.01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้ความเครียดจะมีผลต่อการเลือกใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้ใช้วิธีนี้เป็นแนวทางหลักในการรับมือกับความเครียด ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านบริบททางสังคม ข้อจำกัดของสถานการณ์ ขาดทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ หรือทักษะในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลในทุกมิติ ทั้งด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) การบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) และการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) โดยเฉพาะในมิติของการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีระดับความสัมพันธ์สูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการปรับสภาพทางจิตใจเพื่อลดผลกระทบจากความเครียดมากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยตรง ในมิติของการบรรเทาปัญหา ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักแสดงออกผ่านการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ตึงเครียด การแสวงหาความสงบผ่านกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย หรือการพึ่งพาความเชื่อทางจิตวิญญาณ ซึ่งล้วนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและลดระดับความเครียดได้ในระยะสั้น

แม้ว่าวิธีการเหล่านี้อาจไม่ได้มุ่งเน้นที่การแก้ไขสาเหตุของปัญหาโดยตรงก็ตาม ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมกลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Techniques) การฝึกเจริญสติ (Mindfulness-Based Interventions) การส่งเสริมพลังจิตใจผ่านความเชื่อและความศรัทธา ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้มีศักยภาพในการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียด ลดความเครียดสะสม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบาราคนราตอร์ เป็นการอภิปรายผลการศึกษาโดยเน้นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

5.2.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

5.2.1.1 การศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบาราคนราตอร์

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 85 และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 65 ปี ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มที่ผู้หญิงมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ชาย โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wolfe และ Lutter (2020) ที่ระบุว่า ในหลายสังคมทั่วโลกผู้หญิงยังคงเป็นกลุ่มหลักที่มีบทบาทในการดูแลบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และบทบาททางเพศที่ได้รับการปลูกฝังมาแต่ดั้งเดิม ในบริบทของประเทศไทยบทบาทของผู้หญิงในการเป็นผู้ดูแลครอบครัวยังคงเป็นสิ่งที่พบเห็นได้ทั่วไป ผู้หญิงมักถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุริยา พองเกิดและคณะ (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ได้แก่ ภรรยา บุตร สะใภ้ หลาน ซึ่งสะท้อนถึงความรับผิดชอบของผู้หญิงที่มีต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้การศึกษาของศิพร ชุ่มเย็น (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สะท้อนให้เห็นว่าค่านิยมทางสังคมไทยยังคงกำหนดบทบาทของผู้หญิงให้เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว แนวคิดเกี่ยวกับบทบาททางเพศที่เน้นให้ผู้หญิงเป็นผู้ให้การดูแลและสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่าผู้ชาย (Kramer & Kipnis, 2022) นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีอายุเฉลี่ย 65 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งอาจมีภาระหน้าที่ทั้งในด้านการดูแลครอบครัวและการดูแลตนเอง งานวิจัยของ Roth et al. (2016) ระบุว่า ผู้ดูแลที่มีอายุสูงกว่า 60 ปี มักประสบปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวดเมื่อยเรื้อรัง ความเครียดสะสม และภาวะหมดไฟจากการดูแล (Caregiver burnout) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเอง (Pinquart & Sorensen, 2018) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและมีอายุเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูง บ่งชี้ถึงแนวโน้มทางสังคมและวัฒนธรรมที่ยังคงให้ผู้หญิงรับบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดูแลมีอายุเพิ่มขึ้นอาจทำให้เกิดข้อจำกัดด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแล ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนกลุ่มผู้ดูแล โดยเฉพาะในด้านสุขภาพกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดร้อยละ 30.00 ในขณะที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 12.50 ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การศึกษาระดับต่ำอาจส่งผลต่อ

ระดับความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมถึงทักษะการดูแลที่จำเป็น เช่น การป้องกันแผลกดทับ การให้ยาที่ถูกต้อง และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น (Schulz & Eden, 2016) งานวิจัยของ Kim et al. (2020) ระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีระดับการศึกษาต่ำมักเผชิญกับความท้าทายในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและการนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการการดูแลอย่างละเอียดและต่อเนื่อง การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนังจากแผลกดทับ หรือภาวะขาดสารอาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่แย่ลงได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพึ่งพาความรู้จากประสบการณ์มากกว่าการใช้แหล่งข้อมูลทางวิชาการหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การดูแลอาจไม่ได้มาตรฐานและมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพีรภัทร์ วัฒนวนาพงษ์ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแลในอำเภอสรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีการศึกษาต่ำมักขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และพึ่งพาประสบการณ์ส่วนตัวมากกว่าการใช้แหล่งข้อมูลทางวิชาการ นอกจากนี้ การศึกษาที่ต่ำอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพลดลง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการรับรู้และเรียนรู้แนวทางการดูแลที่ถูกต้อง งานวิจัยของ Cutilli และ Bennett (2021) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีทักษะด้านสุขภาพ (health literacy) ที่ดีกว่า มีความสามารถประเมินความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพ และนำไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาสูงไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทุกคนจะมีทักษะการดูแลที่เพียงพอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องอาศัยทั้งความรู้ทางการแพทย์และประสบการณ์ในการดูแลจริง งานวิจัยของ Wang et al. (2019) ชี้ให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่า แต่หากขาดการฝึกอบรมและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง ก็อาจมีข้อผิดพลาดในการดูแลได้เช่นกัน ดังนั้น ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหลายมิติ ผู้ที่มีการศึกษาต่ำอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ในทางกลับกัน แม้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการรับรู้และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ดีขึ้น แต่หากไม่มีการฝึกอบรมที่เหมาะสมก็อาจขาดทักษะการดูแลที่จำเป็นได้ ดังนั้น การให้ความรู้และสนับสนุนการฝึกอบรมผู้ดูแลทุกระดับการศึกษาจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการหารายได้และความมั่นคงทางเศรษฐกิจของกลุ่มคนเหล่านี้ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักต้องใช้เวลาและทรัพยากรอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมากไม่สามารถประกอบอาชีพที่หารายได้สูงหรือมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้ งานวิจัยของ Bauer และ Sousa-Poza (2015) ระบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีรายได้เพียงพอหรือไม่มีงานประจำที่มั่นคงมักเผชิญกับภาวะเครียดทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและผู้ป่วยที่ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วยเต็มตัวมักต้องลาออกจากงานประจำหรือทำงานนอกเวลา ส่งผลให้รายได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำอยู่แล้วและอาจนำไปสู่ความเครียดสะสม และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการดูแล (Caregiver burnout) นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีรายได้น้อยยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพของการดูแลด้วย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อยมักเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแล เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย ยา และบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vandepitte et al. (2016) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีข้อจำกัดด้านการเงินมักต้องพึ่งพาทรัพยากรจากภาครัฐหรือองค์กรไม่แสวงหากำไร ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีรายได้สูงอาจสามารถเข้าถึงทรัพยากรและบริการดูแลสุขภาพที่มี

คุณภาพดีกว่า เช่น การจ้างผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือการใช้บริการสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยมาก แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านรายได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีรายได้น้อย อาจได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความสามารถในการหารายได้ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาทางการเงินและภาวะเครียดสะสม ในขณะเดียวกัน รายได้ที่น้อยยังอาจจำกัดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น นโยบายสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น การให้เงินอุดหนุน หรือการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 1 – 5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเวลาที่เริ่มมีความคุ้นเคยกับกระบวนการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schulz และ Sherwood (2008) พบว่าในช่วง 1 – 5 ปีแรกของการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักอยู่ในระยะของการปรับตัว โดยต้องเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหาร การป้องกันแผลกดทับ และการให้ยาตามแพทย์สั่ง แม้ว่าในช่วงระยะเวลานี้จะเริ่มคุ้นเคยกับภาระหน้าที่ แต่ยังมีโอกาสเกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีประสบการณ์การดูแลมากกว่า 5 ปี มักประสบกับภาวะความเครียดสะสมและความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการดูแล (Caregiver burnout) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงเรื่อย ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ยาวนานมากกว่า 16 ปีขึ้นไปมีเพียงส่วนน้อย สะท้อนถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับภาระหนักเป็นเวลานาน งานวิจัยของ Roth et al. (2015) ระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระยะยาวมักประสบปัญหาสุขภาพของตนเอง เช่น โรคเรื้อรัง อาการปวดเมื่อยจากการทำงานหนัก และความเครียดทางจิตใจจากภาระความรับผิดชอบที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องทำหน้าที่นี้ในระยะยาวมักเผชิญกับข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องลดเวลาทำงานหรือออกจากงานประจำเพื่อทุ่มเทให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้และความมั่นคงทางการเงินของครอบครัว (Lilly et al., 2010) จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวเป็นภาระที่หนัก และมีผู้ดูแลเพียงไม่กี่คนที่สามารถทำได้เป็นเวลานาน ดังนั้น แนวทางสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การให้การอบรมและคำแนะนำทางวิชาชีพ เพื่อช่วยให้สามารถพัฒนาทักษะและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น การให้บริการดูแลชั่วคราว (Respite care) ซึ่งเป็นบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยให้มีช่วงเวลาพักจากการดูแลเป็นระยะ ๆ การสนับสนุนทางการเงินและสวัสดิการสังคม เช่น เงินช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือสิทธิประโยชน์ด้านประกันสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2) ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีความเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งบ่งชี้ถึงภาระทางอารมณ์และร่างกายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะจากความตึงเครียด และปวดหลัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Looman et al. (2021) ที่ระบุว่า ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท และงานวิจัยของ Schulz และ Sherwood (2008) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานานมักมีอาการปวดเมื่อยเรื้อรัง อ่อนเพลีย และมีปัญหาด้านการนอนหลับ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ความเครียดยังสามารถทำให้เกิดภาวะอักเสบเรื้อรังในร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือภาวะซึมเศร้า (Lupien et al., 2009) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดาสิณี สุทธิฤทธิ์ และคณะ (2564) ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ซึ่งความเครียดนี้อาจส่งผลให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณหลังและไหล่ เนื่องจาก

กิจกรรมที่ใช้ร่างกายสูง เช่น การพลิกตัวผู้ป่วย การช่วยเคลื่อนย้าย และการดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Karahan et al. (2009) ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักเกี่ยวข้องกับภาวะปวดหลังเรื้อรัง นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพกายแล้ว งานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักประสบปัญหาทางการเงิน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต งานวิจัยของ Martins et al. (2019) ระบุว่า ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการเงินส่งผลต่ออารมณ์และการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน เช่น การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง การละเลยการดูแลสุขภาพจิต และการขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับการค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีรายได้ต่ำมักเผชิญกับความเครียดจากการต้องจัดการค่าใช้จ่ายของครอบครัวและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล นอกจากนี้ การที่ต้องลดเวลาทำงานหรือออกจากงานเพื่อทุ่มเทให้การดูแลผู้ป่วย อาจทำให้รายได้ครัวเรือนลดลง ส่งผลให้เกิดความเครียดในระยะยาว เพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงควรมีมาตรการสนับสนุน เช่น การจัดโปรแกรมฝึกอบรม เกี่ยวกับเทคนิคการดูแลที่ลดภาระทางกาย เช่น วิธีการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การสนับสนุนทางการเงิน เช่น เงินช่วยเหลือผู้ดูแล หรือสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการสังคมเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย การให้บริการที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีความเครียดสูง เพื่อช่วยให้สามารถรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น

3) ระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่มีระดับการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) และการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) ใกล้เคียงกัน แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความพยายามในการปรับตัวต่อภาระความเครียดจากบทบาทการดูแลผู้ป่วย โดยเลือกใช้กลยุทธ์ที่ช่วยบรรเทาความรู้สึกกดดันและลดความเครียดในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้กลยุทธ์ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการปรับตัวเชิงจิตใจ มากกว่าการแก้ไขปัญหาคือเป็นต้นเหตุของความเครียดโดยตรง ลักษณะการเผชิญความเครียดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งอธิบายว่า กระบวนการเผชิญกับความเครียด (Coping) แบ่งออกเป็น 2 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) Problem-Focused Coping หรือการมุ่งจัดการกับต้นตอของความเครียดโดยตรง เช่น การวางแผนหรือการขอความช่วยเหลือ และ 2) Emotion-Focused Coping หรือการมุ่งควบคุมอารมณ์และลดผลกระทบทางจิตใจ เช่น การผ่อนคลายหรือเบี่ยงเบนความสนใจ การที่กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มใช้การจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ซึ่งอยู่ในกลุ่มของ Emotion-Focused Coping สะท้อนถึงกลยุทธ์ที่เน้นการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลทางอารมณ์ในระยะสั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cheng et al. (2014) และ Folkman (2011) ที่ชี้ว่า การใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาในเชิงบวก เช่น การหาทางออก การยอมรับสถานการณ์ และการจัดการอารมณ์อย่างมีสติ มีผลในการลดระดับความเครียด และช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวนหนึ่งใช้การพึ่งพาศาสนาและความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด โดยผ่านการสวดมนต์หรือการหันเข้าหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งสะท้อนลักษณะของการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Avoidance-Focused Coping) ในลักษณะที่มีบริบททางด้านวัฒนธรรมและจิตวิญญาณร่วมด้วย งานวิจัยของ Kabat-Zinn (2017) สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยระบุว่า การใช้แนวทางทางจิตวิญญาณ เช่น การฝึกสติ (mindfulness) การเจริญภาวนา หรือการปฏิบัติศาสนกิจ มีบทบาทสำคัญในการลดระดับความเครียด และส่งเสริมความรู้สึกลึกถึงการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจได้อย่างเข้มแข็งมากขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยของศตวรรษ อุดรศาสตร์และคณะ (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์และการทำบุญ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเชื่อทางศาสนาและแนวทางปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต

และความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ดูแล โดยกิจกรรมเหล่านี้สามารถลดความเครียดและสร้างความสงบภายในจิตใจ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรทิพย์ แสงสร้อย และคณะ (2564) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยพบว่าการสวดมนต์ การนั่งสมาธิ และการฟังธรรมเทศนา มีส่วนช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างชัดเจน และการศึกษาของ Chan et al. (2020) ยังพบว่าการเผชิญความเครียดผ่านความเชื่อทางศาสนาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีผลในการเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัว และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่แบกรับภาระด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการใช้กลยุทธ์ทางศาสนาและจิตวิญญาณจะมีประโยชน์ในด้านการผ่อนคลายและสร้างความมั่นคงทางจิตใจ แต่การพึ่งพาแนวทางนี้มากเกินไป อาจนำไปสู่การละเลยการแก้ไขปัญหาในเชิงโครงสร้างหรือระบบสนับสนุน เช่น การขอรับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ซึ่ง Pearlin et al. (2019) ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแนวโน้มใช้กลยุทธ์หลีกเลี่ยงปัญหามากเกินไป มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหมดไฟ (Burnout) และภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การพัฒนายุทธศาสตร์การเผชิญความเครียดแบบผสมผสานที่ครอบคลุมทั้งการจัดการเพื่อบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) อย่างเหมาะสมและการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยตรง (Confrontive Coping) ถือเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว โดยควรมีการสนับสนุนอย่างเป็นระบบผ่านการจัดอบรม การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมทักษะการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียดเรื้อรังหรือภาวะหมดไฟในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

5.2.1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบาราศนราดรุ

1) การพิจารณาค่าคะแนนสัมพัทธ์ (Xr) ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในการเผชิญความเครียดมีความสำคัญ เนื่องจากช่วยสะท้อนแนวโน้มพฤติกรรมและกลยุทธ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้ในการเผชิญความเครียดที่เกิดจากบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบของการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) มากที่สุด รองลงมาคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ใช้น้อยที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เลือกใช้กลยุทธ์แบบการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) เป็นกลยุทธ์หลัก สะท้อนถึงแนวทางการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อาศัยวิธีเบี่ยงเบนความสนใจจากความเครียด เช่น การพักผ่อน การทำกิจกรรมยามว่าง การปฏิบัติธรรมหรือการพึ่งพาความเชื่อและศรัทธาทางศาสนา เพื่อบรรเทาความเครียดโดยไม่เผชิญหน้ากับปัญหาโดยตรง ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะทางวัฒนธรรมของสังคมไทย ที่ให้ความสำคัญกับความสงบ การประนีประนอม และการหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการรักษาสสมดุลทางอารมณ์ และลดความเครียดสะสมในระยะยาว ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ramphel et al. (2023) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ระบบ Palliative care ในแอฟริกาใต้ พบว่า กลยุทธ์การจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ถูกใช้เป็นกลไกหลักในการรักษาสสมดุลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความสูญเสียหรือการเสื่อมถอยของผู้ป่วย งานวิจัยดังกล่าวเน้นถึงบทบาทสำคัญของกลยุทธ์ทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การสะท้อนตนเอง และการภาวนา ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดผลกระทบของความเครียดเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลินจง โปธิบาล (2562) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้กลยุทธ์การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) และการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ในระดับปานกลางเท่ากัน แต่การจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) อยู่ในระดับน้อย เนื่องจาก

บทบาทผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับการจัดการภาวะทางกายภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก มากกว่าการดูแลหรือปรับอารมณ์ของตนเอง เช่นเดียวกับงานวิจัยของจิราพรณ์ บุรีแก้ว และคณะ (2563) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นปัญหา (Confrontive Coping) มากกว่าการจัดการอารมณ์ (Emotive Coping) สอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหามากกว่าการควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดต่อเนื่องจากบทบาทการดูแลในระยะยาว และงานวิจัยของ Haley et al. (2018) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ใช้ Emotion-Focused Coping เป็นกลยุทธ์หลักมีแนวโน้มเผชิญกับภาวะหมดไฟ (Burnout) มากกว่ากลุ่มที่ใช้ Problem-Focused Coping เนื่องจากการปรับตัวเชิงอารมณ์เพียงลำพังไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Haley et al., 2018) ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) การเผชิญความเครียดแบบ Problem-Focused หรือการจัดการปัญหาโดยตรง ถือเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดผลกระทบของความเครียดในระยะยาว เนื่องจากการพยายามควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรงแต่สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีข้อจำกัดทั้งในด้านเวลา พลังงาน และทรัพยากร เช่น ในบริบทของโรงพยาบาลรัฐหรือในครอบครัวที่มีสมาชิกจำกัด การใช้กลยุทธ์แบบ Palliative Coping หรือกลยุทธ์การหลีกเลี่ยงในเชิงสร้างสรรค์อาจเป็นทางเลือกที่สมเหตุสมผลในเชิงจิตวิทยา เพื่อคงไว้ซึ่งพลังใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีความหลากหลายและสมดุล โดยเฉพาะการผสมผสานกลยุทธ์การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ประเภทอย่างเหมาะสม ได้แก่ กลยุทธ์บรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ซึ่งเน้นการหลีกเลี่ยงหรือเบี่ยงเบนจากสถานการณ์ที่ก่อความเครียดเพื่อคลายความกดดัน เช่น การทำกิจกรรมยามว่าง การพักผ่อน ฟังเพลง ดูหนัง หรือการปฏิบัติศาสนกิจ เช่น สวดมนต์ ทำบุญ หรือพึ่งพาความเชื่อทางจิตวิญญาณ กลยุทธ์นี้แม้ไม่มุ่งเน้นที่การแก้ไขต้นเหตุของปัญหาโดยตรง แต่ช่วยลดความเครียดสะสม และเป็นเครื่องมือทางจิตใจที่มีประโยชน์ในระยะสั้น กลยุทธ์เผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive หรือ Problem-Focused Coping) ซึ่งเป็นการลงมือจัดการกับต้นตอของความเครียดโดยตรงไปตรงมา เช่น การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารกับทีมสุขภาพ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม กลยุทธ์นี้มีศักยภาพในการลดภาวะทางกายและจิตใจ และช่วยส่งเสริมความรู้สึกของการควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่ท้าทาย และกลยุทธ์ด้านอารมณ์ (Emotive Coping) ซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมหรือบรรเทาผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด เช่น การฝึกสติ (Mindfulness Practice) การนั่งสมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม หรือการขอคำปรึกษาทางจิตวิทยา กลยุทธ์นี้ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และลดอาการวิตกกังวลหรือความรู้สึกลบที่อาจเกิดขึ้นจากบทบาทการดูแลในระยะยาว การเสริมสร้างทักษะทั้งสามกลยุทธ์ร่วมกัน โดยไม่เน้นเพียงกลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่ง จะช่วยส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological resilience) และความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างสมดุล ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพยั่งยืน ลดภาวะความเครียดเรื้อรัง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟ (Burnout) ในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงในภาพรวมและรายด้าน

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับระดับการเผชิญความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียง ($r=0.535$, $p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงมีระดับความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มที่จะหาวิธีในการจัดการหรือกลยุทธ์ในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดมากขึ้น ความสัมพันธ์ในระดับปานกลางดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้ความเครียดจะมี

บทบาทเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แต่ไม่ใช่ปัจจัยที่ชี้้นำพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อรูปแบบการรับมือกับความเครียด เช่น บุคลิกภาพ ประสบการณ์ชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ การสนับสนุนทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม และทรัพยากรทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดเตียงแต่ละราย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญนิกา อยู่สำราญ และคณะ (2565) ซึ่งศึกษาระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r = 0.442, p < 0.01$) เช่นเดียวกัน งานวิจัยดังกล่าวอธิบายว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีความเครียดสูงมักพยายามเลือกใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อจัดการสถานการณ์ ทั้งการเผชิญหน้าอย่างตรงไปตรงมาและการหลีกเลี่ยงเพื่อลดผลกระทบทางอารมณ์ ในขณะเดียวกัน Pearlin et al. (2018) ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา และพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญปัญหาโดยรวม ($r = 0.570, p < 0.01$) ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องปรับตัวมากขึ้นเมื่อเผชิญกับภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในบทบาทการดูแลที่ต้องอาศัยความอดทน การเสียสละ และความสามารถในการปรับตัวทางอารมณ์และพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=0.834, p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อระดับความเครียดสูงขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มที่จะหาวิธีปรับอารมณ์ของตนเองให้สมดุลมากขึ้น เช่น การปรับความคิด การลดความวิตกกังวล การฝึกสติ การหากิจกรรมคลายเครียด หรือการพูดคุยกับคนใกล้ชิด เพื่อช่วยลดผลกระทบของความเครียดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Folkman & Moskowitz (2004) ที่พบว่า ในสถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือเรื้อรัง กลยุทธ์ด้านอารมณ์จะเป็นแนวทางที่ใช้ได้ผลดีในการลดภาวะตึงเครียดทางจิตใจ นอกจากนี้ งานวิจัยของ ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร และคณะ (2563) ซึ่งศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย และพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มักเลือกใช้กลยุทธ์ Emotive Coping เนื่องจากการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยตรงเป็นสิ่งที่ทำได้น้อย หรืออาจไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน จึงต้องปรับตัวด้วยการดูแลจิตใจตนเองให้มากขึ้นเพื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.406, p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเผชิญกับความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้ดูแลมักเลือกใช้วิธีที่ช่วยบรรเทาความรู้สึก เช่น การพักผ่อน ทำกิจกรรมยามว่าง หลีกเลี่ยงการคิดถึงปัญหา หรือการพึ่งพาความเชื่อทางศาสนา กลยุทธ์เหล่านี้มีข้อดีในการลดภาวะเครียดเฉียบพลัน (acute stress) แต่หากพึ่งพามากเกินไป อาจกลายเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาจริง ซึ่งทำให้เกิดผลเสียในระยะยาว งานวิจัยของ Haley et al. (2018) ศึกษาผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ใช้การจัดการด้านการบรรเทาปัญหามากเกินไป มักมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง โดยการหลีกเลี่ยงปัญหาอาจทำให้รู้สึกควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ และส่งผลต่อสุขภาพจิตในระยะยาว เมื่อเทียบกับการเผชิญปัญหาโดยตรงแม้ว่าการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงจะช่วยลดความเครียดในระยะสั้น แต่หากใช้มากเกินไปอาจทำให้ปัญหาค้างคาและสะสมจนก่อให้เกิดภาวะ Burnout หรือปัญหาสุขภาพจิต ทางเลือกที่เหมาะสมกว่าคือการใช้ Confrontive Coping หรือ Emotive Coping ควบคู่กันไป เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่ทำงานภายใต้ความเครียดสูง ควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา และการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันผลกระทบในระยะยาว

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

(Confrontive Coping) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=0.240$, $p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า แม้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีระดับความเครียดสูงอาจมีแนวโน้มใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยตรงบ้าง แต่ไม่ได้เป็นกลยุทธ์หลักที่ถูกเลือกใช้ในการจัดการความเครียดทั้งหมด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักมีข้อจำกัดด้านความเหนื่อยล้า พลังงาน เวลา และทรัพยากรที่จำกัด อีกทั้งภาระในการดูแลที่ต่อเนื่องและหนักหน่วง ทำให้ไม่สามารถเข้าไปจัดการหรือควบคุมปัญหาได้โดยตรงเสมอไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่ระบุว่า Problem-Focused Coping หรือการเผชิญปัญหาโดยตรงจะถูกเลือกใช้ในสถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมปัญหาได้ เช่น ปัญหาด้านเทคนิคหรือการวางแผนแต่ในบริบทที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจมองว่าการเผชิญตรงๆ ไม่ใช่แนวทางที่เป็นประโยชน์

ดังนั้น ทางเลือกที่เหมาะสมในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงควรเป็นแนวทางที่มีความรอบด้าน โดยครอบคลุมทั้งการดูแลจิตใจ การบรรเทาความทุกข์ และการจัดการกับปัญหาอย่างตรงไปตรงมา การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงควรออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการและข้อจำกัดของบริบทผ่านแนวทางแบบผสมผสาน เช่น การฝึกอบรมทักษะการบริหารจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน การเสริมพลังจิตใจ (Empowerment) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรับมือกับบทบาทหน้าที่ การฝึกสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้และลดปฏิกิริยาทางอารมณ์การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อสนับสนุนการจัดการอารมณ์และความคิดเชิงลบ และการส่งเสริมการเข้าถึงเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ แนวทางเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยลดภาระความเครียดสะสมในระยะยาว และป้องกันภาวะหมดไฟในการดูแล (Burnout) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่ต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง การวางแผนส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสมดุล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความยั่งยืน

5.2.2 สมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลยุทธ์ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) และด้านการจัดการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลใช้กลยุทธ์ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา และการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) อาจสะท้อนถึงลักษณะเฉพาะของบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความต่อเนื่อง ยืดเยื้อ และควบคุมได้ยาก เช่น การเสื่อมถอยของสุขภาพผู้ป่วย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมากเลือกใช้กลยุทธ์บรรเทาความเครียดและการควบคุมอารมณ์ เช่น การพักผ่อน การทำกิจกรรมยามว่างหรือการพึ่งพาศรัทธาทางศาสนา เป็นทางเลือกหลักเพื่อรักษาสมาดุลจิตใจในระยะสั้น ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของ Palliative Coping ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งอธิบายว่าความเครียดเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมผ่านกระบวนการประเมิน (Cognitive Appraisal) โดยหากผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์เป็นภัยคุกคามหรือเป็นความท้าทายที่ควบคุมได้ยาก จะมีแนวโน้มเลือกกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในรูปแบบ Emotion-Focused Coping เพื่อจัดการกับอารมณ์ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดำเนินบทบาทต่อไป ทั้งนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยบรรเทาผลกระทบด้านลบของความเครียด นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวคิดของ Jalowiec (1988) ที่แบ่งกลยุทธ์การเผชิญปัญหาออกเป็น 3 รูปแบบ คือ การเผชิญหน้าโดยตรง (Confrontive Coping) การจัดการอารมณ์ (Emotive Coping) และการบรรเทาปัญหา (Palliative Coping) ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักใช้ Emotive Coping และ Palliative Coping มากกว่า Confrontive Coping อันเป็นผลจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและลักษณะปัญหาที่แก้ไขได้ยากในระยะสั้น เช่น ภาวะทุพพลภาพถาวรหรือการพึ่งพิงเต็มที่ของผู้ป่วย งานวิจัยของ Cheng et al. (2020) และ Litzelman et al. (2018) ระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องรับภาระการดูแลในระยะยาว มักประสบกับความเครียดเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาทางอารมณ์ จึงมีแนวโน้มใช้กลยุทธ์บรรเทาปัญหาและจัดการอารมณ์เป็นเครื่องมือในการบรรเทาภาวะตึงเครียดทางจิตใจในชีวิตประจำวัน ขณะที่งานวิจัยของ Carver, Scheier, & Weintraub (1989) ชี้ว่า บุคคลที่เผชิญความเครียดในระดับสูงมักใช้กลยุทธ์การจัดการอารมณ์ (Emotion-focused coping) และการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance coping) มากกว่าการเผชิญหน้าโดยตรง (Problem-Focused Coping) เนื่องจากมีเป้าหมายเพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบต่ออารมณ์และจิตใจ อย่างไรก็ตาม แม้กลยุทธ์ดังกล่าวจะช่วยบรรเทาความเครียดในระยะสั้น แต่หากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงขาดการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุกอย่างเหมาะสม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดสุขภาพจิตในระยะยาว ดังนั้น การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลจึงมีความจำเป็น เช่น การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Skills) การจัดการเวลา (Time Management) การฝึกหายใจผ่อนคลายและการทำสมาธิ (Relaxation Breathing and Mindfulness) การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Support Groups) และการเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งงานวิจัยของ Linden, Phillips, & Leclerc (2007) ยืนยันว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะการรับมือกับความเครียดในรูปแบบที่ยั่งยืน ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มใช้กลยุทธ์การจัดการอารมณ์และการบรรเทาปัญหาเป็นหลัก เพื่อรับมือกับภาวะความเครียดจากบทบาทการดูแล แม้ว่าวิธีดังกล่าวจะช่วยผ่อนคลายในระยะสั้น แต่จำเป็นต้องเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาเชิงรุกเพื่อคงความสมดุลทางกายและใจในระยะยาว

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระหน้าที่ที่มีความสำคัญและซับซ้อน โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด อย่างไรก็ตามการดูแลดังกล่าวอาจนำมาซึ่งความเครียดสะสมและแรงกดดันจนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเหนื่อยล้าสะสม อาการซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งล้วนมีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้จำกัดเฉพาะการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การขาดการสนับสนุนทางสังคม การมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอและความไม่สมดุลระหว่างบทบาทส่วนตัวกับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องเผชิญกับภาวะความเครียดที่หลากหลายและต่อเนื่อง การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพลดผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว การสนับสนุนเชิงระบบ เช่น การให้คำปรึกษา การจัดหาแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ และการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็ง และความมั่นใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถรับมือกับความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม จากข้อมูลดังกล่าวมา การดูแลผู้ป่วยติดเตียงถือเป็นความท้าทายที่มีผลกระทบต่อหลายมิติของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น การจัดการดูแลอย่างครบถ้วนและรอบด้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา ได้แก่ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมที่รองรับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยติดเตียง โดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างยั่งยืน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถทำได้โดยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างถูกต้องและมี

ประสิทธิภาพ หนึ่งในวิธีที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือได้คือ การให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจลึก การฝึกสมาธิเพื่อช่วยคลายเครียด การจัดตารางการดูแลผู้ป่วยเพื่อแบ่งเบาภาระและลดความเหนื่อยล้า รวมทั้งการแนะนำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีเวลาในการพักผ่อนและดูแลตัวเอง นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถเสริมสร้างความมั่นใจด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่สามารถลดภาระและความยุ่งยากในการดูแลได้ นอกจากนี้การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลจิตใจของผู้ป่วยติดเตียง เช่น การสื่อสารและการให้ความรักและการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญ การจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอและการสนับสนุนจากชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลสามารถช่วยประสานงานให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในการเข้าถึงบริการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การบำบัดทางจิต การให้คำปรึกษา หรือการจัดหาบริการดูแลเพิ่มเติมจากบุคลากรอื่น ๆ ในการช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อให้สามารถจัดการกับความเครียดและดำเนินการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนี้

5.3.1.1 การให้ความรู้และการอบรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management Training) โดย

- การจัดโปรแกรมอบรมหรือเวิร์กช็อป ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความเครียดอย่างเป็นระบบ เช่น การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Skills) การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ (Mindfulness) การฝึกหายใจลึก (Deep Breathing) หรือโยคะ การสอนเทคนิค Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความเครียด

- การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้รับการฝึกอบรม หรือเข้ารับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา

5.3.1.2 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายช่วยเหลือ (Social Support and Caregiver Networks) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และได้รับกำลังใจจากผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน

- ควรมีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Caregiver Support Groups) เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล และขอคำแนะนำจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงคนอื่น ๆ

- ควรมีการสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดบริการให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยา หรือการให้ความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์

5.3.1.3 พัฒนาระบบสนับสนุนทางการแพทย์และสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระที่หนักและต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจในระยะยาว ดังนั้นควรมีระบบสนับสนุนทางการแพทย์และสวัสดิการที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น

- การจัดบริการพักผ่อนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Respite Care Services) เพื่อให้สามารถมีเวลาพักผ่อน ลดภาระและความเครียด

- การส่งเสริมการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ เช่น การให้สิทธิพิเศษทางสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อช่วยลดภาระและความเครียดที่เกิดจากภาระหน้าที่

5.3.2 แนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย แนวทางการนำผลวิจัยไปปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในการดูแลสามารถดำเนินการได้ดังนี้

5.3.2.1 การส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เมื่อ

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ควรมีแนวทางส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น

- การจัดเวลาพักสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้ผู้ดูแลมีช่วงเวลาพักเพื่อลดความเหนื่อยล้าทางร่างกายและอารมณ์

- การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต หากมีภาวะเครียดหรือหมดไฟ ควรมีการส่งต่อไปยังนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

- การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงออกกำลังกายและทำกิจกรรมผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดระดับความเครียด

5.3.2.2 การให้ข้อมูลและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

- จัดอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยลดภาระของผู้ดูแล เช่น วิธีป้องกันแผลกดทับ วิธีดูแลด้านโภชนาการ และวิธีช่วยฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย

- จัดทำคู่มือคลายเครียด ซึ่งมีเป้าหมายในการให้คำแนะนำในการลดความเครียดและเสริมทักษะในการรับมือกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผีกหายใจลึก การฝึกสมาธิ การออกกำลังกาย การปรับทัศนคติ

- ส่งเสริมให้ผู้ดูแลใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุงผู้ป่วย หรือเครื่องมือช่วยลดภาระในการเคลื่อนย้าย

5.3.2.3 การสร้างแผนการดูแลที่คำนึงถึงสุขภาพของทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วย

- มีการจัดทำแผนการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Plan) ที่คำนึงถึงทั้งสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- สนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีมระหว่างแพทย์ พยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อลดภาระของผู้ดูแลหลัก

- ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีช่องทางในการขอคำปรึกษาและสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน หรือการเข้ารับคำปรึกษาทางจิตวิทยา

5.4 ข้อจำกัดในการศึกษา

5.4.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีลักษณะเฉพาะ การวิจัยนี้ใช้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างจากผู้ดูแลในลักษณะอื่น เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้น ข้อสรุปจากงานวิจัยนี้อาจไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลประเภทอื่นได้โดยตรง

5.4.2 ปัจจัยแทรก การวิจัยนี้จะควบคุมปัจจัยแวดล้อมบางอย่าง เช่น เพศ อายุ และระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แต่ยังมีปัจจัยแปรแทรกอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหา เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ ซึ่งอาจมีผลต่อวิธีการเผชิญปัญหา เช่น ผู้ที่มีบุคลิกภาพเชิงบวกอาจใช้ Confrontive Coping มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกวิตกกังวล

5.4.3 ระดับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและวิธีการรับมือกับปัญหาภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่อาจเพิ่มความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

5.4.4 ข้อจำกัดด้านระยะเวลาการศึกษา เนื่องจากการศึกษาดำเนินการในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น (Cross-Sectional Study) ซึ่งทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาหรือไม่ และการวัดระดับความเครียดในแต่ละด้านอาจไม่ครอบคลุมถึงทุกแง่มุมของความเครียดที่เป็นไปได้ในชีวิตจริง

5.4.5 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n=40) อาจจะไม่เพียงพอที่จะสรุปผลได้อย่างแม่นยำสำหรับประชากรทั้งหมด

บรรณานุกรม

- กขพร ตั้งจิตต์สำราญ. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมควบคุมโรค. (2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2570. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf?utm_source.
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2564). ข้อมูลรายงานสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). สังคมผู้สูงอายุใน ปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know /15/926>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การจัดการความเครียดในสถานการณ์เฉพาะ. สำนักพิมพ์สุขภาพจิตไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). เครียด...คลายเครียด โครงการ TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาฯ : ทีพีบีเอ็นตั้ง.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2567). แบบประเมินความเครียด (SPST-20) โรงพยาบาลสวนปรุง. <https://sorporsor.com>.
- กัญญิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และพานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 7-16.
- กิริติญา ไทยอยู่. (2557). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิต. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์, 5(2), 2-13
- เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด และนันทวุฒิ วงศ์เมฆ. (2562). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(6), 1013-1019.
- ขวัญตา บุญวาศ, อดิรัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และนิมิตศุรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 205-216.
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. (2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณิน จินตนาปรามิทธิ์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2562). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงานและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. วารสารการแพทย์และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ, 26(2), 112-123.
- งานสถิติ สถาบันบำราศนราดูร. (2566). สถิติผู้ป่วยติดเตียง สถาบันบำราศนราดูร.
- จิราพรรณ บุรีแก้ว, พิไลวรรณ คำภีระ, ณัฐธิดา ทองจัด, ณัฐพร อามาตสมบัติ, และณัฐชัย จัฒตะเฆ. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนบ้านท่าม่วง ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 26(1), 112-123.
- เจริญชัย หมั่นห่อ และสุพรรณิ พูลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 6(1), 79-86.

- ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย, และคณะ. (2564). การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39*(2), 67-79.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ดวงกมล น้อยแก้ว และชนกร แก้วมณี. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 13*(2), 187-197.
- ณอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชร ชวนะพันธุ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร (2563). การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28*(3), 211-225.
- บุษยมาส คันธมาศน์. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที. ปรีณัติ.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ และตรุณี รุจกรกานต์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 37*(2), 85-98. ประภาพร คำมุงคุณ. (2566).
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2559). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26*(3), 41-51.
- พิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พีรภัทร์ วัฒนาวาพงษ์ แล ศิวีโลธ วรรณรัตน์วิจิตร. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14*(1), 1-12.
- ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23*(2), 226-238.
- ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ, และ นรัชพร ศศิวงศากุล. (2562). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *วารสารสมาการพยาบาล, 34*(2), 62-75.
- วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์. (2565). ความเครียดและผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกาย.
<https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2521>
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2566). การดูแลแบบประคับประคอง: การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น.1-14). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์, และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 39*(3), 45-58.

- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2564). หลักการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน ลักษมี ชาญเวช, ประณมมารณ์ จันทอง, กิตติพล นาควิโรจน์ และปิยพร ทิสิกการ (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (น.3-13). สำนักพิมพ์สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย.
- ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 14-25.
- ศิริจันทร์ นางทอง และแอน ไทยอุดม. (2567). *ติด...ไม่ติดเตียง : Caregivers*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). (น.1-123). กรุงเทพฯ : ทีพีปรีนติ้ง.
- ศิวพร ชุ่มเย็น ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 158-171
- ศิวพร ชุ่มเย็น. (2022). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ไทย*, 15(1), 67-80.
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด
- สมศรี มณีรัตน์, วิไลพร จันทรเพ็ญ, และอัจฉรา นาคทอง. (2021). บทบาทของผู้ดูแลหญิงในครอบครัวไทยที่มีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 17(2), 85-102.
- สำนักวิจัยสุขภาพจิต. (2565). *เครื่องมือประเมินความเครียดสวนปรุง*.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การประเมินและจำแนกระดับผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีบาร์เรลเอดีแอลในการจัดกลุ่มผู้ป่วย*. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/>.
- สินินุช ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาการพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สุดาสนี สุทธิฤทธิ์ และคณะ (2564) ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11, 35(2).
- สุริยา พองเกิด. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. *วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน*, 10(2), 112-125.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 17(2), 71-84.
- อนิรุจน์ สารกิจ. (2560). *การออกแบบอุปกรณ์กายภาพบำบัดผู้ป่วยติดเตียง*. ศิลปะนิพนธ์ปริญญาศิลปประยุกต์บัณฑิต. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- อภิรดี วงศ์สถิตย์, สมเกียรติ พงษ์ชนานกุล, และนภาพร บุญสุวรรณ. (2021). ภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว: การศึกษากรณีในชุมชนเมือง. *วารสารสุขภาพจิตและสังคม*, 18(2), 76-92.
- อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญญา วงศ์ขารี. (2562). การศึกษาความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(4), 40-49.
- อรุณรัตน์ อุทัยแสง, วุฒิพงษ์ เชื้อนอก, ณัฏยา พรหมสาขา, กุลพิชาน์ จุลเสวก และเพ็ญศิริ ดำรงภคภากร. (2565). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(3), 415-423.
- โอภาส อัครวิโรจน์พงษ์. (2563). ความชุกของปัญหาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอนาทม จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารแพทย์เขต* 4-5, 39(1), 35-50.

- Anderson, C. A. (1977). Coping with stress: A cognitive approach. *Journal of Social Issues*, 33(2), 51-74. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1977.tb01868.x>
- Aysun, B., & Nesrin, I. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3), 1-9.
- Baumstarck, K., et al. (2017). Coping strategies and stress: A conceptual overview. *Journal of Stress and Health*, 5(1), 17-32. <https://doi.org/10.1016/j.jsh.2017.03.001>
- Bell, R. (1977). Stress and coping mechanisms: A theoretical overview. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(2), 102-111. <https://doi.org/10.2307/2136453>.
- Bergstrom, N., et al. (2011). Pressure ulcer prevention and treatment: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1287-1300. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03546.x>
- Best, John W. (1977). *Research in Education. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J.: Prentice-Hall Inc.*
- biological interactions. Annual Review of Psychology*, 51, 543-570.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.543>
- Blanchard-Fields, F., & Irion, J. C. (1988). Coping strategies from the perspective of two developmental markers: Age and social reasoning. *The Journal of Genetic Psychology*, 149(2), 141-151. <https://doi.org/10.1080/00221325.1988.10532148>
- Brillhart, B. S. (1988). Social support and coping with stress in chronic illness. *Journal of Nursing Research*, 37(3), 213-222. <https://doi.org/10.1097/00115622-198808000-00006>
- Carers, U. K. (2005). *Caring about carers*. [http:// www.carers.gov.uk](http://www.carers.gov.uk).
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). The effects of psychological stress on circulating stress hormones and immune function. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 8-21.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.03.003>
- Chuluunbaatar, E., Pu, C., & Chou, Y. J. (2017). Changes in caregiver burden among informal caregivers of stroke patients in Mongolia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(4), 314-321. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1277479>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*, 15(2), 1-10.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, coping, and health: Psychological and biological interactions. *Annual Review of Psychology*, 51, 543-570.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.543>.
- Gass, L. A., & Chang, W. (1989). Gender differences in coping with stress. *Psychological Nursing Sciences*, 1(2), 185-189. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.010>
- obligations. *Social Science Review*, 48(4), 223-245.
- Greenwood, N., Pound, C., Smith, R., & Brearley, S. (2019). Experiences and support needs of older carers: A focus group study of perceptions from the voluntary and statutory sectors. *Maturitas*, 123, 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.02.003>Naing, May & Aung (2020)
- Haley, W. E., Roth, D. L., Howard, G., & Safford, M. M. (2018). Caregiving strain and estimated risk for stroke and coronary heart disease among spouse caregivers: Differential effects by race and sex. *Stroke*, 51(2), 527-533.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027964>
- Hastings, R. P., et al. (2014). The role of caregiving in the quality of life of family caregivers of patients with chronic illnesses. *Journal of Family Health*, 32(5), 455-462.
<https://doi.org/10.1016/j.jfh.2013.11.005>
- Jalowiec, A. (1988). Coping with chronic illness: A theoretical perspective. *Research in Nursing & Health*, 11(4), 227-234. <https://doi.org/10.1002/nur.4770110405>
- Jalowiec, A., & Powers, D. (1981). The coping scale: A new tool for assessing coping strategies. *Journal of Nursing Measurement*, 19(3), 309-318.
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.1981.03.004>
- Jenkins, G. R., et al. (1999). Stress and gastrointestinal disease. *Psychosomatic Medicine*, 61(3), 346-355. <https://doi.org/10.1097/00006842-199905000-00008>
- Kane, R.L. & Kane, R.A. (2000). Assessing older person. New York : Oxford University Press.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of depression. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 60-64. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01219>
- Kiecolt-Glaser, J. K., et al. (2002). Stress, depression, and the immune system. *Current Directions in Psychological Science*, 11(4), 134-138. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00189>
- Kim, D. (2017). Relationships between Caregiving Stress, Depression, and Self-Esteem in Family Caregivers of Adults with a Disability. *Occupational Therapy International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/1686143> Ma et al. (2014)
- Kramer, B. J., & Kipnis, S. (2022). Gender differences in caregiving: Cultural expectations and role identity. *Journal of Family Issues*, 43(3), 456-478.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing.
- Lazarus, R. S. (1996). *Coping with stress: A theoretical overview*. In D. C. S. Richard (Ed.), *Handbook of stress and health* (pp. 183-216). Academic Press.
- Lazarus, R. S. (1993). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

- Lupien, S. J., et al. (2009). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 51(3), 380-391. <https://doi.org/10.1006/brcg.1999.1222>
- Ma, H.-P., Lu, H.-J., Xiong, X.-Y., Yao, J.-Y., & Yang, Z. (2014). The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.010>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- McAdam, J.L., Fontaine, D.K., White, D.B., Dracup, K.A. and Puntillo, K.A. (2012). Psychological Symptoms of Family Members of High-Risk Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Critical Care*, 5(4). 386-394.
- Monzani, D., et al. (2015). Coping strategies in the management of stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(5), 871-880. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9640-3>.
- Naing, M., May, S., & Aung, T. (2020). Caregiver burden in caring for dependent elderly in Yangon, Myanmar. *Journal of Community Health*, 45(1), 1–8.
- Numsang, S., & Tantrarungroj, P. (2018). Coping strategies and stress management. *Thai Journal of Behavioral Science*, 34(2), 127-139.
- Orem, D.E., (1995). *Nursing concepts of practice*. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences in caregiver burden and well-being between caregivers of dementia patients and caregivers of physically ill patients: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 121-132. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P121>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2018). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(5), 746-759.
- Ramphela, M., van Dyk, A., & Pretorius, C. (2023). Exploring coping mechanisms among palliative care caregivers in South Africa: A phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 22, Article 59. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01113-3>
- Rankin, J. W., & Monahan, J. L. (1991). The effects of chronic illness on coping strategies. *Health Psychology*, 10(1), 29-37. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.10.1.29>
- Robinson, R.G., Bolduc, P.L., Kubos, K.L., Starr, L.B., & Price, T.R. (1985). Social functioning assessment in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 496-500.
- Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. (1995). Coping and marital equilibrium after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 27, 88-89
- Ross, F., & Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary care*. London: Routledge.
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2016). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, 56(3), 309-319.

- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282(23), 2215-2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of research. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>.
- Selye, H. (1976). *The stress of life (rev. ed.)*. McGraw-Hill
- Tremont, G., & Davis, J. L. (2008). Caregiver burden: A review of the literature. *Journal of Clinical Geropsychology*, 14(4), 332-341. <https://doi.org/10.1080/10638270802491919>
- Gass, L. A., & Chang, W. (1989). Gender differences in coping with stress. *Psychological Bulletin*, 105(2), 292-308. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.2.292>
- V. C. Anuratha, S., Anisah, B., & Nor Afiah, M. Z. (2017). Predictors of depression among caregivers of disabled children in community based Rehabilitation Centres in Selangor. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 4(1), 91-101. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.543>.
- Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., & Annemans, L. (2016). *Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(12), 1277-1288.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J., & Beker, J. (1987). Raw versus relative Scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1 – 18.
- Waltz, C., Strickland, O. and Lenz, E. (1991). *Measurement in nursing and health research. (2nd) Philadelphia: F.A. Davis*. NCBI pub med Retrieved March 30, 2021
- Wolfe, J. D., & Lutter, M. (2020). The invisible labor of caregiving: Gender norms and family obligations. *Social Science Review*, 48(4), 223-245.
- Yuningsih R, Rustina Y, Efendi D. (2020). The Related Factors of Phlebitis Among Low Birth Weight Infants in Perinatology Ward. *Pediatric Reports*. 2020; 12(s1):8691. <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8691>
- Zheng GH, Yang L, Chen HY, Chu JF & Mei L. (2014). *Aloe vera for prevention and treatment of infusion Phlebitis. Cochrane Database Syst Rev*, 4(6):CD009162. Doi Available form: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464352>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก :

เอกสารแสดงการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร

RL 01_2565

ที่ IRB/BIDI N006q/67_ExpD



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร

38 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

รหัสโครงการ: N006q/67_ExpD

ชื่อโครงการวิจัย : การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

สถาบันบำราศนราดูร

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

สังกัดหน่วยงาน : ตึกพิเศษอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

สถานที่ทำการวิจัย: สถาบันบำราศนราดูร

เอกสารรับรอง :

- (1) โครงร่างการวิจัยภาษาไทย ฉบับที่ 2.0 วันที่ 7 กรกฎาคม 2567
- (2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2.0 วันที่ 7 กรกฎาคม 2567
- (3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2.0 วันที่ 7 กรกฎาคม 2567
- (4) แบบสอบถามการวิจัย ฉบับที่ 2.0 วันที่ 7 กรกฎาคม 2567
- (5) เครื่องมือการวิจัย โดยคัดเลือกแบบสอบถามระดับความเครียดของ (SPST - 20) ฉบับที่ 2.0 วันที่ 7 กรกฎาคม 2567
- (6) ประวัติผู้วิจัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ว่าสอดคล้องกับปณิญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 8 กรกฎาคม 2567

วันสิ้นสุดการรับรอง: 7 กรกฎาคม 2568

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 12 เดือน

(นางสาวนันธฉัฐ ศิริศุภวัฒน์)

เลขานุการกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร

(นายแพทย์วิศัลย์ มูลศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร

ภาคผนวก ข :

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

Consent Form version 1.0 date 07/07/67

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
สถาบันปาราศนราดรุร

วันที่ลงนาม.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ขอคำยินยอมถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้ง
ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้ขอคำยินยอมรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้า
พอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการ
รักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุป
ผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่
เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุใน
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

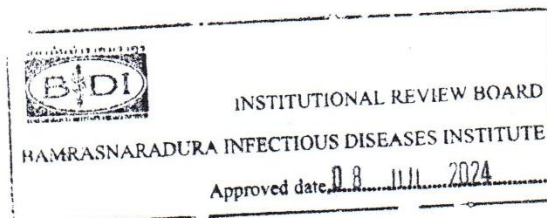
ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ขอคำยินยอม

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)



ภาคผนวก ค :

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัยการศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
สถาบันบาราศนราดुर
ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย นางศิริกานต์ อัมพรอารีกุล ตึกพิเศษอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล
สถาบันบาราศนราดुर
ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

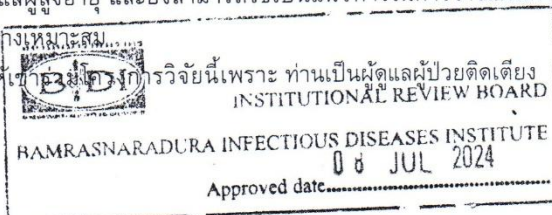
โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2565 ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับบทบาทที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียง เมื่อผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะในการดูแลเมื่อผู้ดูแลเผชิญต่อความรู้สึกและบทบาทหน้าที่ในการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน จึงส่งผลความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ทั้งต่อตนเองและระหว่างการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแลและมีอาการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งมี ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผลของความเครียดยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และ คุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของญาติผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อนำมาวางแผนจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริม ให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง



จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ หอผู้ป่วยตึกพิเศษอายุรกรรม, หอผู้ป่วยอายุรกรรม 7/6 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5/5 สถาบันปราชญ์ศิลป และจะมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 40 คน

กระบวนการขอเชิญและขอคำยินยอมจากท่านเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

(1) คุณสนใจ ราชวงศ์ มีหน้าที่ขอคำยินยอม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่ต้องการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วม (2) มอบเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้แก่อาสาสมัครเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจ (3) เปิดโอกาสให้แก่อาสาสมัครให้ซักถามเกี่ยวกับข้อปฏิบัติต่าง ๆ ของการวิจัย และ (4) หากอาสาสมัครต้องการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ขอคำยินยอมจะให้อาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย เมื่อท่านสนใจร่วมโครงการ ท่านจะได้ทำแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด (25 ข้อ) ทำเพียง 1 ครั้งใช้เวลา 15-20 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ท่านได้รับการประเมินระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ และได้ได้ทราบภาวะเครียดของตนเอง

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ ไม่มี

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มี

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของ ท่านก็จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการรักษา

ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัย

เนื่องจากท่านต้องทำแบบสอบถามท่านอาจจะเกิดความไม่สบายใจจากการตอบคำถามบางข้อซึ่งอาสาสมัครสามารถหยุดการทำแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่และการเสียเวลา

หากเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย หรือเกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลมาจากการวิจัยโดยตรง ท่านสามารถแจ้งทีมผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งทีมผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

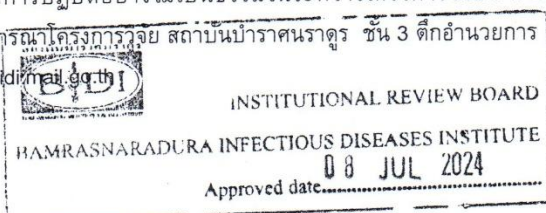
หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถติดต่อสอบถาม

ผู้วิจัย นางศิริกานต์ อัมพรอารีกุล เบอร์โทรติดต่อ 086 - 3616053 ตลอด 24 ชั่วโมง

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันปราชญ์ศิลป ชั้น 3 ตึกอำนวยการ เบอร์โทร 02-590-3478

E-mail: irbbamras@bdi.in.th



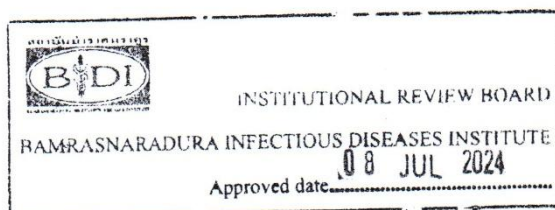
Information sheet version2.0 date 07/07/67

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

จะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อนามสกุล ที่อยู่ของ
ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเป็นรายบุคคลและมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จาก
โครงการวิจัยโดยจะมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา



ภาคผนวก ง :

แบบสอบถามการวิจัย

แบบสอบถาม version 2.0 07/07/67

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

Code ☐☐☐☐

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (เติมข้อมูลลงในช่องว่าง)

1. เพศ
2. อายุ.....ปี
3. การศึกษา.....
4. รายได้.....
5. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดของสวนปรง (SPST-20) เป็นการประเมินระดับความเครียด จะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยการทำความเข้าใจ✓ในช่องให้คะแนนแบ่งเป็นระดับดังนี้

- ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
 ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
 ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึก เครียดปานกลาง
 ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
 ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

	INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
	RAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE
Approved date <u>08 JUL 2024</u>	

แบบสอบถาม version 2.0 07/07/67

ข้อที่	คำถาม	ระดับความเครียด				
		1	2	3	4	5
1	กลัวทำงานผิดพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และทางดิน					
5	รู้สึกต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7	ปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ					
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9	ปวดหลัง					
10	ความอยากอาหารเปลี่ยน					
11	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12	รู้สึกวิตกกังวล					
13	รู้สึกคับข้องใจ					
14	รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด					
15	รู้สึกเศร้า					
16	ความจำไม่ดี					
17	รู้สึกสับสน					
18	ตั้งสมาธิลำบาก					
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20	เป็นหวัดบ่อยๆ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ

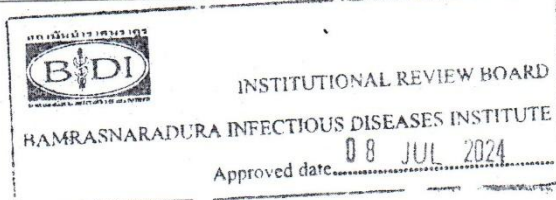
คำชี้แจง กรุณาให้คำตอบว่าคุณใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดต่อไปนี้บ่อยเพียงใด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ไม่เคย	หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเลย
นานๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 1-3 ครั้ง/เดือน
บางครั้ง	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 1-2 ครั้ง/เดือน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 3-4 ครั้ง/เดือน
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

	INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
	HAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE
Approved date: 08 JUL 2024	

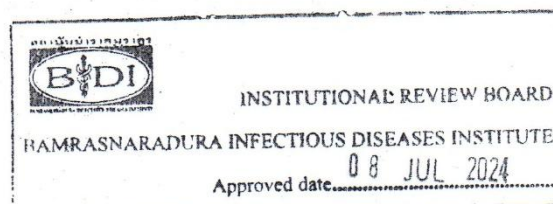
แบบสอบถาม version 2.0 07/07/67

ลักษณะการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	สำหรับ ผู้วิจัย
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1.กังวลใจ						
2.ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือ ออกกำลังกาย						
3.หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น						
4.ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลว ร้ายได้						
5.คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือ ควบคุมสถานการณ์						
6.การกิน การสูบบุหรี่ การขบเคี้ยว						
7.พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน						
8.ปล่อยให้คนอื่นแก้ไขปัญหาคือควบคุม สถานการณ์						
9.คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย						
10.พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่า จะช่วยแก้ไขปัญหาคือ						
11.ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่าน ประสบการณ์แบบเดียวกัน						
12.เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่ คิดว่าจะเกิดขึ้นได้						
13.อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ						
14.ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง						
15.พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน และทุกแง่ทุกมุม						
16.พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้						
17.พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น						
18.สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่ เชื่อถือ						
19.กระวนกระวาย หงุดหงิด						
20.ถอยหนีจากสถานการณ์						
21.ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิด						



แบบสอบถาม version 2.0 07/07/67

ลักษณะการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	สำหรับ ผู้วิจัย
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
ปัญหา						
22.พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง						
23.ระบายอารมณ์กับคนอื่นหรือสิ่งของ						
24.แยกตัว อายากอยู่คนเดียวตามลำพัง						
25.เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข						
26.อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง						
27.ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน						
28.พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น						
29.ลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด						
30.ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้						
31.พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา						
32.พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ						
33.เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นในตอนเช้า						
34.กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา						
35.บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น						
36.มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด						



Version 2.0 7/6/67

Code.....

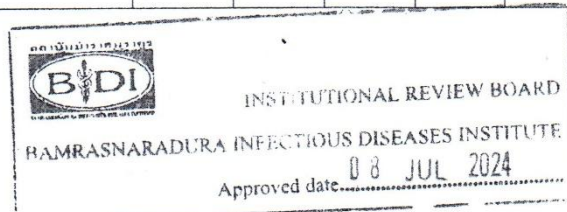
เครื่องมือการวิจัย โดยคัดเลือกแบบสอบถามระดับความเครียดของ (SPST - 20)
 ในโครงการวิจัยเรื่อง ภาษาไทย การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
 สถาบันบำราศนราดูร A study of stress coping among caregivers of bedridden patients. In the
 medical ward Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
 หัวหน้าโครงการวิจัย นางศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต

(SPST - 20)

คำชี้แจง : ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไร
 ต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ
 ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
 ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
 ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง
 ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
 ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1.	กลัวทำงานผิดพลาด					
2.	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3.	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4.	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำเสียง และทางดิน					
5.	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6.	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7.	ปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ					
8.	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9.	ปวดหลัง					
10.	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11.	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12.	รู้สึกวิตกกังวล					
13.	รู้สึกคับข้องใจ					
14.	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					



Version 2.0 7/6/67

Code.....

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
15.	รู้สึกเศร้า					
16.	ความจำไม่ดี					
17.	รู้สึกสับสน					
18.	ตั้งสมาธิลำบาก					
19.	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20.	เป็นหวัดบ่อยๆ					

ระดับของความเครียด

ระดับคะแนน 0-23 คะแนน

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยและหายไปได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามิมีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจในชี้นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

ระดับคะแนน 24-41 คะแนน

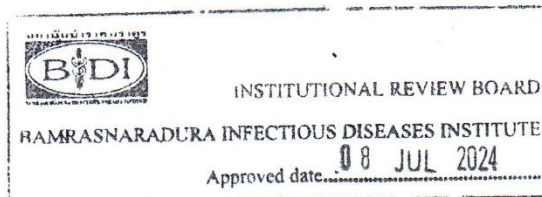
ท่านมีความเครียดในระดับปานกลางเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเครียดระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬาทำสิ่งที่สนุกสนานเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก หรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่เราไว้วางใจ

ระดับคะแนน 42-61 คะแนน

ท่านมีความเครียดในระดับสูง เป็นระดับที่ท่านได้รับความเดือนร้อนจากสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์รอบตัว ทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึกขัดแย้งหรืออยู่ในสถานการณ์ที่แก้ไข จัดการปัญหานั้นไม่ได้ ปรับความรู้สึกด้วยความลำบากจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการเจ็บป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ฯลฯ สิ่งที่ท่านต้องรีบทำเมื่อมีความเครียดในระดับนี้คือ คลายเครียดด้วยวิธีที่ทำได้ง่ายแต่ได้ผลดีคือ การฝึกหายใจ คลายเครียด พูดคุยระบายความเครียดกับผู้ไว้วางใจ หาสาเหตุหรือปัญหาที่ทำให้เครียดและหาวิธีแก้ไขหากท่านไม่สามารถจัดการคลายเครียดด้วยตนเองได้ควรปรึกษากับผู้ให้การศึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป

ท่านมีความเครียดในระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดต่อเนื่องหรือท่านกำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิต เช่น เจ็บป่วยรุนแรง เรือรังมีความพิการ สูญเสียคนรัก ทรัพย์สินหรือสิ่งที่รัก ความเครียดระดับนี้ส่งผลทำให้เจ็บป่วยทางกายและสุขภาพจิต ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดียับยั้งอารมณ์ไม่ได้



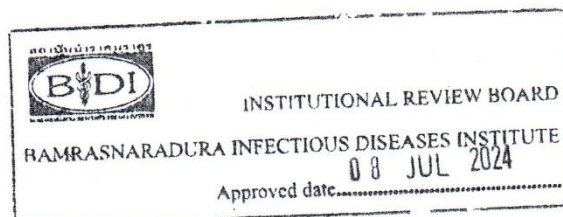
Version2.0 7/6/67

Code.....

ความเครียดระดับนี้ถ้าปล่อยไว้จะเกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและคนใกล้ชิด ควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้การ
ปรึกษาอย่างรวดเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์หรือผู้ให้การปรึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ

อธิบายเพิ่มเติม

Code.....(ระบุลำดับของอาสาสมัคร)



ภาคผนวก จ :

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. อาจารย์ธีราภรณ์ บุญล้อม | อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ |
| 2. นางสาวเอื้อใจ แจ่มศักดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ |
| 3. นางสาวสุจินดา ศรีบัวโรย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันบำราศนราดูร |

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล (ภาษาไทย)

นางศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

ชื่อ นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

Mrs.Sirikan Ampornareekul

ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประวัติการทำงาน

ปี พ.ศ. 2539 – 2541 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

ปี พ.ศ. 2541 – ถึงปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกอายุรกรรม
3/3 สถาบันบำราศนราดูร

สาขาที่เชี่ยวชาญ

การพยาบาลอายุรกรรม

ที่อยู่ทำงาน

ตึกอายุรกรรม 3/3 สถาบันบำราศนราดูรเลขที่ 38 หมู่ 4

ถนน ติวานนท์ 14 ตำบล/แขวง ตลาดขวัญ อำเภอ/เขต เมือง

จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5903588 (มือถือ) 086-3616053

E-mail Address: Kob0863616053@gmail.com

ประวัติการศึกษา

2539

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์