

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

วโรดม เสมอเชื้อ*, พระราชปรียัติ **, ชมพูนุท สิงห์มณี***,
เบญจมาศ สุขสถิตย์****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 167 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.20 มีอายุเฉลี่ย 56.02 ปี (SD = 11.40) ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.40 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 67.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.20 มีสถานภาพ สมรสและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านร้อยละ 74.90 พบปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลปานกลาง พบปัญหาการทำแผนการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์เล็กน้อย ผู้ดูแลต้องการวิธีการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการฟื้นฟูมาก คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัญหาด้านการดูแล ความต้องการด้านการดูแล และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

* คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่

** มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตพะเยา จังหวัดพะเยา

*** คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย

**** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

Corresponding Author: Warodom Samerchua. E-mail: warotu@gmail.com

Received 21/01/2019

Revised 12/03/2019

Accepted 19/03/2019

FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS OF DEPENDENT
ELDERLY PEOPLE, MUEANG PHAYAO DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Warodom Samerchua*, Pharatpariyad**, Chompunut Singmanee***,
Benjamas Suksatit****

ABSTRACT

This descriptive research aimed to explore factors related to quality of life among caregivers of dependent elderly people in Mueang Phayao district, Phayao province. Purposive sampling was employed. There were 167 caregivers. The data were collected by research questionnaires. Statistical analysis was performed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that the majority of caregivers of dependent elderly people were female (64.20%) and aged 56.02 ± 11.40 years old. Most caregivers were off spring of dependent elderly people (53.40%). Approximately 68 percent completed primary school. Nearly 60 percent of the sampling was married. More than 70 percent of dependent elders were home bound dependent elderly people. The problems and health care needs were at moderate level. The problems of wound care and maintain medical devices care were found to be at a low level. Whereas, the health care need of recovery skills for elderly was at a high level. Overall quality of life of caregivers was good. Factors significantly corelated to quality of life among caregivers of dependent elderly people were health care problems, health care needs, and general health.

Keywords: health status, quality of life, caregivers

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในกลุ่มวัยอื่น โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของจำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบัน¹ เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่มีอัตราการเพิ่มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และภายในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์”²

ผู้สูงอายุจำนวนมากมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงตามวัย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแล ส่วนหนึ่งมีภาวะทุพพลภาพ³ และการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ เนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานนอกบ้าน ส่วนใหญ่มักถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากบุตรหลานจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ เหล่านี้ ล้วนทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง⁴ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงเป็นผู้ที่ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ และอาจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในดูแลสุขภาพอย่างมากและมีความต้องการการพึ่งพิงจากผู้ดูแลในระดับสูง การพึ่งพิงอาจประกอบไปด้วย การพึ่งพิงด้านการ

ดูแล การเงิน และด้านจิตใจ⁵ ภาวะพึ่งพิงยังสามารถพิจารณาได้จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activity of daily living) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลืนถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ แผลผลัดได้เป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะติดสังคม คือ ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพิง ขณะที่กลุ่มติดบ้านมักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีความจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นภาระที่ต้องพึ่งพิง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ พิจารณ์ ทุพพลภาพ ถือว่าต้องพึ่งพิงโดยสมบูรณ์⁶

ผู้สูงอายุที่มีระดับของภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างกัน มักมีสถานการณ์และปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ส่งผลต่อความต้องการการดูแลทางสุขภาพจากผู้ดูแลและมีภาระต่อผู้ดูแลที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ช่วงวัยของผู้สูงอายุที่สูงขึ้นส่งผลต่อระดับของการพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนกลางที่มีระดับของการพึ่งพิงมาก ผู้สูงอายุตอนปลายมีระดับของการพึ่งพิงทั้งหมด และในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ผู้สูงอายุทุก

ช่วงวัยอยู่ในระดับของการพึ่งพา⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีภาวะติดบ้าน ติดเตียง ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาจากภาระที่หนัก มักมีอาการเหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ การพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลง คุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากการดูแลไม่มีวันหยุด ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ บางรายต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม มีภาวะวิตกกังวล ทุกข์ใจ ต้องลงงานบ่อยหรือลาออกจากงานเพื่อรับหน้าที่ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อนหย่อนใจ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง และต้องจัดการกับอารมณ์หรือความเครียดของตนเองมากขึ้น^{4,8} ขณะที่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังพบน้อยพบเพียงการศึกษากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวโดยปัญหาที่พบในผู้ดูแลที่มักมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนัก มีปัญหาสุขภาพขาดการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ขาดงาน ขาดความรู้ในการดูแล มีความเครียด ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือเอาแต่ใจตนเอง มีการเจ็บป่วยซับซ้อน จึงต้องได้รับดูแลเป็นพิเศษ ผู้ดูแลมีความต้องการความรู้ การฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ^{9,10} ผลกระทบทางด้านลบเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิต

อารมณ์และสังคม เป็นเหตุให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁴⁻¹¹

จังหวัดพะเยา มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 18.84 สูงเป็นอันดับ 9 ของประเทศ เป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุสูงใน 5 อันดับแรกของระดับภาค รองจากลำพูน ลำปางแพร่ และอุตรดิตถ์¹² มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเพียงร้อยละ 40-49¹³ โดยพบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพระดับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุชัย ผิวหนังเหี่ยวย่น หูไม่ค่อยได้ยิน สายตาฝ้าฟาง มองเห็นไม่ชัด ฟันผุ การรับรสเสียไป มีการเจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีการเคลื่อนไหวได้ช้าลง ปวดเรื้อรังด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด เหนงา เบื่อ วิตกกังวลและเครียด หลงลืม และเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้น้อย โดยผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นกลับมีฐานะยากจน ผู้ดูแลมีจำนวนลดลง บ้างขาดผู้ดูแล อยู่ในภาวะพึ่งพาสูง¹⁴ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงจำนวนและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีมาก ซึ่งบ่งบอกถึงภาระหน้าที่ที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีมากขึ้นผลกระทบดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและมีผลโดยตรงกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน สถานการณ์สุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องศึกษาโดยเฉพาะการศึกษา

ในหน่วยพื้นฐานระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึง สุขภาวะได้เหมาะสมที่สุด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่บอกถึง สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการดูแล ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมการเพื่อการส่งเสริมการดูแล สุขภาวะ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตามการรับรู้ของผู้ดูแลอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านการดูแล ความต้องการด้านการดูแล ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

ระเบียบวิธีศึกษา (Methodology)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ ศึกษาในกลุ่มประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 524 คน¹⁵

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลัก 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 5) มิใช่ผู้อาศัยรับจ้างในการดูแล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ของจำนวนประชากร¹⁶ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 157 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ของ ผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแลระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว ที่มาของรายได้ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ผู้ช่วยในการดูแล และระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่ดูแลโดยประเมินจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้น

พื้นฐาน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด การขึ้น ลงเตียง ลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวกายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นถ่ายอุจจาระ การกลั้นถ่าย ปัสสาวะ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ทำไม่ได้เลย จนถึงทำได้เอง แปรผลของคะแนนรวม ได้แก่ คะแนนรวม 0-4 คะแนน แสดงว่าไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย เป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ เป็นภาวะติดเตียงคะแนนรวม 5-11 คะแนน แสดงว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก เป็นภาวะติดบ้านคะแนนรวม 12-20 คะแนน แสดงว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เป็นภาวะติดสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประยุกต์จาก พวงเพ็ญ เมื่อสวัสดี และคณะ⁸ เป็นการถามความคิดเห็นของผู้ให้การดูแลในทุกข้อคำถามเดียวกันทั้ง 2 ส่วน คือ ระดับปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วย จำนวนระดับที่ผู้วิจัยต้องประเมิน โดยคะแนน

รวมสูงสุดเท่ากับ 55 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยรายข้อ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง น้อยคะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มาก คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด สำหรับคะแนนเฉลี่ยโดยรวม ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 11.00 - 19.80 หมายถึง น้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 19.81 - 28.60 หมายถึง น้อยคะแนนเฉลี่ย 28.61 - 37.40 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 37.41 - 46.20 หมายถึง มาก และคะแนนเฉลี่ย 46.21 - 55.00 หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ - 28) โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹⁷ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (hypochondriasis) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม โดยกลุ่ม 1 ข้อ 1-7 เป็นอาการทางกาย (somatic symptoms) กลุ่ม 2 ข้อ 8-14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) กลุ่ม 3 ข้อ 15-21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction)

และกลุ่ม 4 ข้อ 22-28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression) แปลผลคะแนนโดยใช้การคิดค่าคะแนนแบบ GHQ score bimodal response scale คือ คะแนนจะถูกตัดไว้เพียง 2 ค่า (binary score) ตามเกณฑ์คือ ตอบตัวเลือกที่ 1 และ 2 ให้คะแนนเท่ากับ 0 และตอบตัวเลือกที่ 3 และ 4 ให้คะแนนเท่ากับ 1 ผลของคะแนนรวมตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 3 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบเฉพาะความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามปัญหาและความต้องการด้านการดูแลเท่ากับ .94 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย เท่ากับ .93 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เท่ากับ .98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมโครงร่างการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เพื่อขอรับรองจริยธรรมในการวิจัย
2. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กา และตำบลต่อม อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุมัติในการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเตรียมผู้เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการจัดประชุมผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจในแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พัทธ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพทั่วไประยะเวลา 30-45 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบสอบถามปัญหาและความต้องการด้านการดูแลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ เมื่อตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิตด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซา มิน ออฟ (Kolmogorov - Smirnov test) พบว่าข้อมูล

ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิต ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

การพัทธ์สิทธิ์ตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยได้คำนึงถึงการรักษาความลับโดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา (Results)

1. ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.20 อายุอยู่ในช่วง 21-88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.02 ปี (SD = 11.40) มากสุดร้อยละ 55.60 มีอายุ 40-59 ปี ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร คู่สมรส และลูกเขย/สะใภ้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 53.40, 16.00, และ 9.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งร้อยละ 67.70 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.20 มีสถานภาพสมรส สมรส/คู่ ร้อยละ 67.66 เป็นผู้หารายได้หลัก ร้อยละ 63.00 มีรายได้ไม่เพียงพอกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการดูแลร้อยละ 64.60 โดยมากที่สุดต้องดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ ดังตารางที่ 1
74.90 และติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 25.10

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N=167)

| ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้สูงอายุ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| อายุ (ปี) | 160 | |
| 20 - 39 | 12 | 7.50 |
| 40 - 59 | 89 | 55.60 |
| 60 ปีขึ้นไป | 59 | 36.90 |
| \bar{X} = 56.02 SD = 11.40 Min = 21 Max = 88 | | |
| เพศ | 165 | |
| ชาย | 59 | 35.80 |
| หญิง | 106 | 64.20 |
| ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ | 163 | |
| คู่สมรส | 26 | 16.00 |
| บุตร | 87 | 53.40 |
| เชย/สะใภ้ | 16 | 9.80 |
| หลาน | 9 | 5.50 |
| พี่น้อง | 6 | 3.70 |
| ญาติ | 4 | 2.50 |
| บิดา/มารดา | 14 | 8.50 |
| ปู่/ตา/ย่า ยาย | 1 | 0.60 |
| การศึกษาสูงสุด | 161 | |
| ไม่ได้ศึกษา | 16 | 9.90 |
| ประถมศึกษา | 109 | 67.70 |
| มัธยมศึกษา | 23 | 14.30 |
| อนุปริญญา | 5 | 3.10 |
| เทียบเท่าปริญญาตรี/สูงกว่า | 8 | 5.00 |

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N=167) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| สถานภาพสมรส | 165 | |
| โสด | 36 | 21.80 |
| สมรส | 96 | 58.20 |
| หม้าย | 20 | 12.10 |
| หย่าร้าง | 12 | 7.30 |
| แยกกันอยู่ | 1 | 0.60 |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว | 157 | |
| 1-3 | 71 | 45.30 |
| 4-6 | 73 | 46.50 |
| 7-9 | 13 | 8.20 |
| บทบาทในครอบครัว | 162 | |
| หัวหน้าครอบครัว | 63 | 38.90 |
| สมาชิกในครอบครัว | 99 | 61.10 |
| รายได้ของครอบครัว | | |
| ตนเอง | 113 | 67.66 |
| บิดา/มารดา | 4 | 2.40 |
| คู่สมรส | 46 | 27.55 |
| บุตร | 43 | 25.74 |
| เบี่ยสูงอายุ | 3 | 1.80 |
| พี่น้อง | 5 | 3.00 |
| ความเพียงพอของรายได้ | 165 | |
| เพียงพอ | 61 | 37.00 |
| ไม่เพียงพอ | 104 | 63.00 |
| ผู้ช่วยในการดูแล | 158 | |
| ไม่มี | 56 | 35.40 |
| มี | 102 | 64.60 |

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N=167) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| ผู้สูงอายุที่ดูแล | 167 | |
| ติดบ้าน | 125 | 74.90 |
| ติดเตียง | 42 | 25.10 |

2. ระดับปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อพบว่าปัญหาในการทำแผล และ/หรือ ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีปัญหา ระดับน้อย ขณะที่ปัญหาในการดูแลอื่นๆ อยู่ในระดับ ปานกลาง เช่นเดียวกับ

ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม วิธีการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการฟื้นฟูส่วนใหญ่มีระดับความต้องการอยู่ในระดับ มาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาและความต้องการด้านการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแล (N = 167)

| การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง | ปัญหา | | ความต้องการ | |
|---|-----------|------|-------------|------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD |
| 1. การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน | 3.17 | 1.14 | 2.96 | 1.10 |
| 2. การปรุงหรือจัดหาอาหารที่เหมาะสม | 2.79 | 1.07 | 3.00 | 1.03 |
| 3. วิธีป้องกัน การไถ่ระวัง อากาศผิดปกติ อากาศแทรกซ้อน | 3.24 | 1.04 | 3.31 | 1.01 |
| 4. การทำแผล และ/หรือ ดูแล อุปกรณ์ทางการแพทย์ | 2.58 | 1.32 | 2.61 | 1.30 |
| 5. การดูแลผิวหนังเพื่อให้สะอาด/ป้องกันการเกิดแผล กดทับ การติดเชื้อ | 2.76 | 1.36 | 2.83 | 1.32 |
| 6. การจัดการความเจ็บปวด | 2.90 | 1.19 | 2.94 | 1.09 |
| 7. การดูแลเมื่อมีปัญหา เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ | 2.93 | 1.05 | 2.87 | 1.15 |

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาและความต้องการด้านการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแล (N = 167) (ต่อ)

| การดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง | ปัญหา | | ความต้องการ | |
|---|-----------|------|-------------|------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD |
| 8. การดูแลช่วยเหลือเมื่อนอนไม่หลับ | 2.72 | .95 | 2.72 | .96 |
| 9. การช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว การจัดทำที่เหมาะสม | 3.22 | 1.12 | 3.25 | 1.14 |
| 10. วิธีการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการฟื้นฟู | 3.36 | 1.07 | 3.43 | 1.09 |
| 11. แนวทางหรือกิจกรรมในการดูแลที่เหมาะสมด้าน จิตใจและอารมณ์ | 3.07 | 1.13 | 3.09 | 1.13 |
| โดยรวม | 32.37 | 7.74 | 32.59 | 9.44 |

3. ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ พบ ร้อยละ 88.60 มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับ ปกติ มีเพียงร้อยละ 11.40 ที่มีสุขภาพอยู่ใน เกณฑ์ผิดปกติ

4. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.17 และคุณภาพชีวิตโดยรวมที่

ไม่ดี ร้อยละ 4.88 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิต รายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ใน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.10 และ 53.70 ตามลำดับ ขณะที่คุณภาพชีวิตด้าน จิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคมมี คะแนน โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (N = 167)

| คุณภาพชีวิต | ไม่ดี | ปานกลาง | ดี |
|------------------------|-------|---------|-------|
| ด้านสุขภาพกาย | 7.30 | 56.10 | 36.60 |
| ด้านจิตใจ | 5.50 | 37.20 | 57.30 |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 9.80 | 38.00 | 52.20 |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | 4.80 | 53.70 | 41.50 |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | 4.88 | 46.95 | 48.17 |

5. ความสัมพันธ์ของปัญหาการดูแลความต้องการการดูแล สุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิต พบว่า ปัญหาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.243, p < .01$) ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับ

คุณภาพชีวิต ($r = -.188, p < .05$) และภาวะสุขภาพทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.313, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา ความต้องการการดูแล สุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (N = 167)

| ตัวแปร | คุณภาพชีวิต |
|--------------------|-------------|
| ปัญหาการดูแล | -.243** |
| ความต้องการการดูแล | -.188* |
| ภาวะสุขภาพทั่วไป | -.313* |

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

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาด้านการดูแลด้าน การดูแล ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพะเยา ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากกว่าครึ่งถึงร้อยละ 64.20 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.02 ปี กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 53.40 และคู่สมรส ร้อยละ 16.00 สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตร และภรรยา⁹⁻¹¹ ซึ่งอาจเป็นเพราะวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ได้ปลูกฝังค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูต่เวที การตอบแทนพระคุณ บิดา

มารดาที่ได้เลี้ยงดูมา เมื่อยามบิดามารดาแก่เฒ่าบุตรต้องเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพที่ผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นภรรยา ลูกสาว และลูกชาย¹⁹ หรืออาจจะเกี่ยวข้องข้องกับการทำหน้าที่ในครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ถึงร้อยละ 58.20 มากกว่าครึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งฝ่ายชายที่เป็นสามี อาจจะออกไปทำงานเพื่อหารายได้ บัจจุบันน่าจะเกี่ยวข้องถึงลักษณะ สถานภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการศึกษานี้

ระดับปัญหาและความต้องการด้าน การดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ระดับปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของผู้สูงอายุในภาคใต้ ที่มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันแตกต่างกันเพียงภูมิภาคเท่านั้น⁸ สะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนถึงภาระและหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะติดบ้าน มีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้บ้างแต่ยังต้องการการช่วยเหลืออยู่บ้าง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบด้านการดูแลรายชื่อเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การปรุงหรือจัดหาอาหารที่เหมาะสม วิธีป้องกันการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ อาการแทรกซ้อน การดูแลผิวหนังเพื่อให้สะอาด/ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้ การจัดการความเจ็บปวด การดูแลเมื่อมีปัญหา การดูแลช่วยเหลือเมื่อนอนไม่หลับ การช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว การจัดทำที่เหมาะสม วิธีการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการฟื้นฟู ส่วนใหญ่มีแนวทางหรือกิจกรรมในการดูแลที่เหมาะสมด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลยังแสดงให้เห็น

ถึงการรับรู้ว่าเป็นปัญหาในระดับปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล อาจเนื่องจากปัจจัยจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องต่อการดูแล ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคของกระดูกและข้อ ไชมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง หลอดลมอักเสบ หอบหืด โรคเหล่านี้ ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางกาย เกิดความเจ็บป่วย หรือภาวะที่พร่องในการทำกิจกรรม บางประการเกิดความพิการเป็นปัญหาต่อการดูแล^{10,14,19} ขณะที่ปัญหาในการทำแผล ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ รับรู้ว่ามีปัญหาในระดับน้อย อาจเนื่องจากปัจจุบันได้มีการเข้าถึงของเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถให้คำแนะนำ ให้การดูแลเบื้องต้น ให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และพยาบาลในการดูแล สนองต่อระบบของการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในชุมชนต้องให้มีระบบสนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว⁶ ด้านความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยรายชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ดังเช่นวิธีการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการฟื้นฟู ส่วนใหญ่มีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากอาจชี้ให้เห็นถึงความพร้อมของผู้ดูแลที่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแนวคิดของการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงที่มุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ลดการเกิดภาวะติดเตียงเพื่อให้สามารถดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุด ลดภาระในการดูแลระยะยาว⁶

ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.60 มีภาวะสุขภาพจิตดี ขณะที่ร้อยละ 11.40 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการศึกษานี้ มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพแสดงถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต ครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (hypochondriasis) ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างกำลังสื่อให้เห็นปัญหาที่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกำลังแสดงออกมาในด้านการไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างเป็นปกติสุข หรือกำลังมีปัญหาบางอย่างที่ทำให้เกิดความทุกข์¹⁷ อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพจิตที่เกิดความผิดปกติ ในผู้ดูแลอาจเกิดจาก ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล มีการเจ็บป่วยร่วมกับ มีอายุมาก สมรรถนะร่างกายลดลง ส่งผลกระทบต่อจิตใจมีปัญหาด้านการจัดการอารมณ์¹⁰ ดังกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่ส่วนใหญ่มีช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มากถึง ร้อยละ 92.50 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งต่อ

ปัญหาสุขภาพจิตนี้ได้ ภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ยังแสดงถึงการรับรู้ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นโดยไม่ปรารถนา แสดงออกให้เห็นว่า เป็นความรู้สึกทัศนคติ การตอบสนองทางอารมณ์ได้ ดังผลการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง ที่พบว่า มากถึง ร้อยละ 32 ของผู้ดูแลมีอาการของภาวะเครียด²⁰ แสดงให้เห็นว่าภาวะการดูแลที่มากมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ และเป็นที่น่าอนว่าย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย บทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจกรรมประจำวัน เกิดความท้อแท้ คิดว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง²¹

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่กลางคน มากถึงร้อยละ 55.60 ซึ่งถือเป็นช่วงวัยที่มีความรับผิดชอบ มีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ค่อนข้างดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระดับดีมีปัจจัยมาจากแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยมาจากรายได้ที่เพียงพอกับการใช้จ่ายภายในครอบครัว²² ขัดแย้งกับผลของการศึกษานี้ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม

การมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีจะมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ช่วยเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแล ส่งเสริมให้ลดความเครียด น่าจะเป็นที่สอดคล้องกับผลของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของการศึกษาที่อยู่ในระดับดี เพราะหากผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า เชื่องช้า และมีความคิดด้านลบกับตนเองจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดีเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล เรื่องความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เมื่ออายุของผู้ดูแลมากขึ้นจะรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี²³ และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนปลายของธารินทร์ สุทธิประเสริฐ และคณะ²⁴ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความเป็นตัวของตัวเองของผู้สูงอายุจะอยู่ในระดับปานกลางดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้บุตรหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรใส่ใจและให้การยอมรับความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีอิสระในการตัดสินใจจึงจะเป็นการส่งเสริมซึ่งกันและกันคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาถือเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญผู้ดูแลจึงควรที่จะได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะหากว่าผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย เกิดความเหนื่อย

ล้าทางร่างกายและจิตใจอาจจะนำไปสู่การละทิ้งผู้สูงอายุได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการดูแล ความต้องการด้านการดูแล ภาวะสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการดูแล ความต้องการด้านการดูแล ภาวะสุขภาพทั่วไป กับคุณภาพชีวิต พบว่าปัญหาด้านการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.243, p < .01$) หมายความว่า ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นผู้ดูแลจะมีระดับคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งประเภทติดบ้านและติดเตียง เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระหน้าที่ในการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีผู้ช่วยในการดูแล ปัจจัยนี้จึงน่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อปัญหาในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุนี้ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาระยะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ภาระจากการดูแลมากเกิดจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงของผู้สูงอายุ²⁵ ซึ่งอาจนับได้ว่า เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ เช่นเดียวกับปัจจัยส่วนบุคคลบางประการในผลการศึกษาที่คล้ายกับผลการศึกษา ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีกลุ่มอายุอยู่ในวัย

ผู้ใหญ่กลางคน ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา⁸ ข้อมูลดังกล่าว ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต²⁶

ความต้องการด้านการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.188, p < .05$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ว่าความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มากจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำ ความต้องการด้านการดูแลเป็นความต้องการความรู้ในการดูแล การปรุงอาหาร การป้องกัน ไข้ระวังอาการผิดปกติ เทคนิควิธีการต่างๆ เพราะฉะนั้นการสนองต่อความต้องการด้านการดูแลต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแล ประสบการณ์ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ การแสวงหาข้อมูล กำหนดหนทางในการแก้ปัญหา มีการปรับตัวและคุ้นเคยกับกิจกรรม โดยอาจได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ พี่น้อง⁹ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการมีระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นได้ ได้ปรากฏในผลการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีภัสกร และคณะ (2014)²⁶

ภาวะสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.313, p < .05$) กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตที่ปกติแสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิต

ที่ไม่ดี นั้นแสดงให้เห็นว่า การมีสุขภาพจิตที่ดีอาจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี หรือในขณะที่ยังดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตที่ผิดปกติอาจมีระดับของคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาในประเด็นนี้ค่อนข้างน่าสนใจเมื่อนำไปประกอบการตีความในแง่ของภาระ หน้าที่ และปัญหาจากการดูแลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตและ มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ต่ำ¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์, และคณะ (2017)²⁵ ที่พบว่า ภาวะปัญหาจากการดูแลที่มีมากมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมาก ที่ย่อมส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาดังกล่าว ค่อนข้างมีความแตกต่างกับผลที่ได้จากการศึกษานี้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อไปเกี่ยวกับประเด็นนี้

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับปัญหาและความต้องการด้านการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดีและปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาการดูแล ความต้องการด้านการดูแล ภาวะสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะสำหรับผลการศึกษานี้เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการด้านการดูแล ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. ควรพัฒนาการจัดการศึกษาและการเรียนรู้สำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุตามขอบเขตของปัญหาและความต้องการด้านการดูแล โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
2. ควรมีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดตั้งและบริการเพื่อการถ่ายทอดความรู้ พัฒนาทักษะและวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรวิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแล ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ปัญหาและความต้องการด้านการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ภาวะสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปกติ และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีปานกลาง และไม่ดี ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาการดูแล ความต้องการด้านการดูแล และภาวะสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยปัญหาด้านการดูแลและความต้องการด้านการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกท่านในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 10 facts on ageing and health [online] 2017 [cited 2019 Jan /28]. Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>.

2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. **Situation of Thai older people.** in: Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2016. Nakorn Pathom; Printery; 2017. [in Thai].
3. Nanasilp P. Gerontological nursing's core knowledge: Who are the older persons, determinant by age or other factors?. **Nursing Journal** 2015; 42(supplement): 156-61. [in Thai].
4. Longphasuk N, Monkong S, Sirapongam Y. Health condition and self-care activities of older caregivers caring for bedridden older adults. **Thai Journal of Nursing Council** 2019; 33(2): 97-109.[in Thai].
5. Panuthai S, Khampolsiri T, Pothiban L. **Situational analysis of community-based long-term care for dependent elders.** Research paper 2010. [in Thai].
6. National Health Security Office. **Handout of long-term care in 2016.** Bangkok: National Health Security Office 2016. [in Thai].
7. Kunyodying T, Pothiban L, Khampolsiri T. Dependency of the Elderly with stroke, caregiver burden, social support, and quality of life among older caregivers. **Nursing Journal** 2015; 42(supplement): 107-17. [in Thai].
8. Phuaksawat P, Nakkhun N, Rotchanarak W. Situations, problems, and health care needs for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani municipal community. **Nursing Journal of the Ministry of Public Health** 2016; 29(2): 54-64. [in Thai].
9. Panyathorn K. Family caregiver of the elderly in Nongtaguy village, Maung district Udon Thani province. **Journal of Nursing and Health Care** 2014; 32(4): 33-9. [in Thai].
10. Sawatphol C, Pengpinit T, Senanikorn A, Srisuraphol W. Care for elderly dependents in the Northeast of Thailand. **Journal of MCU peace studies** 2017; 5(special): 387-405. [in Thai].
11. Kasemkitwattana S, Prison P. Chronic patients' family caregivers: A risk group that must not be overlooked **Thai Journal of Nursing council** 2014; 29(4): 22-31. [in Thai].
12. Department of older persons. **Statistic of Elderly** [online] 2017

- [cited 2019 Jan 28]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1>. [in Thai].
13. Foundation for older persons' Development. **Situation of Thai Elders (health)**[online]. 2015 [cited 2019/1/28]. Available from: <https://fopdev.or.th/สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย/>. [in Thai].
14. Satjasakulrat S, Chanreang T, Piphitsutathorn P. A model of health management for the elderly according to buddhist integration: a case study of Bantom sub-district municipality, Phayao province. **Nursing Public Health and Education Journal** 2018; 19(2): 120-32. [in Thai].
15. Phayao provincial Public Health Office. Health promotion in elderly. **Phayao provincial Public Health summary report year 2558**. Phayao: Phayao provincial Public Health Office 2015. [in Thai].
16. Ritcharoon P. **Research methodology in social sciences**. 5th ed. Bangkok: House of kermit; 2011. [in Thai].
17. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health questionnaire. **J Psychiatric Assoc Thailand** 1996; 41(1): 2 – 17. [in Thai].
18. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai V, Wongsuwan K, Pornmanajirangkul R. **WHOQOL-BREF-Thai** [online]. 2002 [cited 2019/1/28]. Available from: <https://www.dmh.go.th/testdownload/files/whoqol.pdf>. [in Thai].
19. Viripiromgool S, Yossatorn D, Thammapirol K, Srivanichakorn S, Suthisukhon K. The health situation of the disabled elderly: a case study of Tha-Maka and Dan Makham Tia districts in Kanchanaburi Province. **JRRD** 2015; 11(14): 24-42. [in Thai].
20. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. **AJKD** 2006; 48(6): 955-63.
21. Goldberg A, Rickler KS. The role of family caregivers for people with chronic illness. **Medicine & Health** 2011; 94(2): 41-2.
22. Pinijsuwan N, Sucamwang K, Nanasilp P. Factors predicting quality of life among caregivers of older

- persons with dementia. **Nursing Journal** 2018; 45(2): 1 - 13. [in Thai].
23. Sitthimongkol S. **Stress, coping, and quality of life in family caregivers of dependent elderly [Master Thesis in Nursing (Adult Nursing)]**. Bangkok: Mahidol University; 1998. [in Thai].
24. Sutheprasert T, Weeradet P, Ngamphak C, Komolmalai W, Kerdmuang S, Manfak P. Quality of life of the oldest old people in Sriprachan district, Supanburi province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2018; 6(4): 519–39. [in Thai].
25. Udonsat S, Jullamate P, Piphatvanitcha N. **Male caregiver burden of elderly with stroke and its related factors**. Proceeding of the 3rd National Conference; 2018 May 25; Ubolratchathani, Thailand; 2017. p. 451-61. [in Thai].
26. Thaveegasikum Y, Sritarapipat P, Palmanee M, Tathong B. Factors related to quality of life among Thai caregivers of the chronic disease patients with dependency in Manorom District, Chainat Province. **Nursing Journal of the Ministry of Public Health** 2014; 24(3): 104-18. [in Thai].

