

บทที่ 1

บทนำ



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่กำลังเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากการแพทย์และสาธารณสุข มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้อัตราการตายจากโรคต่าง ๆ ลดลง ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น จากการคาดประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุ คาดว่าในปี พ.ศ.2000 (พ.ศ.2543) ทั่วโลกจะมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 600 ล้านคน (สุจินต์ ผลการกุล, 2532 : 385-394) สำหรับจำนวนผู้สูงอายุของไทยใน พ.ศ.2533 มีร้อยละ 6.1 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี พ.ศ.2543 จะมีประชากรสูงอายुर้อยละ 7.6 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7, 2535 : 1)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุประชากรทั้งปริมาณและสัดส่วนแสดงถึงอัตราการพึ่งพิงของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นด้วย เหตุเพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และมักก่อให้เกิดปัญหาในหลาย ๆ ด้าน จากการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุ พบปัญหาคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ นภาพร ชโยวรรณ, มาลี วิวงศ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532 : 95-101) ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหา 2 ประการ คือ ปัญหาความยากจนและปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับ จำเรียง กุระมะสุวรรณ (2533 : 8-10) ที่กล่าวว่า ปัญหาของผู้สูงอายุที่พบคือ ความเจ็บป่วย การศึกษา เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ส่วนเกษมและกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 23-24) พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุไทยของบรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2533 : 433-434) พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกได้แก่ ปัญหาสุขภาพ พบร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ ปัญหาการเงิน ปัญหานอนไม่หลับ ปัญหาครอบครัว ญาติพี่น้อง และปัญหาความวิตกกังวล พบร้อยละ 44.5 36.9 20.5 และ 20.0 ตามลำดับ

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมักเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายร่วมกับความต้านทานโรคลดลงจากการสูงอายุ โรคหรือความเจ็บป่วยที่พบมักมีมากกว่า 1 อย่างและเป็น การเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระดูกบางเปราะหักง่าย ความเสื่อมของระบบประสาทอวัยวะสัมผัส รวมทั้งความบกพร่องทางความคิด หลงลืม สมองฝ่อ (จรัสวรรณ เทียนประสาท, 2536) ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจนั้น บรรลุ ศิริพานิช (2533 : 432-436) รายงานว่า ผู้สูงอายุไทยอย่างน้อย 1 ใน 10 คน มีปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งระดับของปัญหานั้นเพิ่มขึ้นตามอายุ สำหรับสมรรถภาพในการประกอบกิจต่าง ๆ (Functional ability) จะลดกตลงจน ถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี ก็จะเหลืออยู่ราวร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาว และถ้าไม่เพียงพอที่จะ ดำรงชีวิตเป็นอิสระได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537 : 70 ) ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญที่ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล แนวคิดนี้ตรงข้ามแนวคิดของ Lueckenotte (1995 : 137) ที่ว่า บทบาทหน้าที่ของครอบครัวชนชาวเอเชีย มีพื้นฐานมาจากค่านิยมที่ยึดถือความเป็นอาวุโส ความกตัญญูต่อบุพการี และมีความรับผิดชอบต่อการยอมรับดูแลผู้สูงอายุ

การเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุของญาติและบุคคลใกล้ชิดคิดเป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ในบทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม เพื่อจะทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ที่รับผิดชอบทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด กอปรให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งนับว่าเป็นภาระหนัก และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภาระกิจในสังคม การมีอิสระและความเป็นส่วนตัว รวมทั้งฐานะการเงิน (Robinson, 1990 ; Hoyert & seltzer, 1992 ; Periard & Ames, 1993 ; Jensen & Given, 1991 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536 : 2) และยังสามารถทำให้มีความบกพร่องในบทบาทอื่นได้แก่ การเป็นสมาชิกของครอบครัว งานอาชีพ และสังคม ผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนบทบาทและการรับภาระมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ดังเช่นการศึกษาของ Collins and Others ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง Change in Depression Among Family Caregivers of Relatives with Dementia ผลการวิจัยสรุปว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะวิกลจริต ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต และปัจจัยด้านเพศ ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลด้วย (Collins and Others, 1995 อ้างถึงใน ประนอม โททกานนท์, 2538 : 126) เช่นเดียวกับ การศึกษาของชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2537 : 236) ที่สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับมีความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากด้วย ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลด้วย ผู้ดูแลจึงต้องการการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะสมดุล

ตามแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 1991) มนุษย์เป็นหน่วยเดียวที่ไม่อาจแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ เมื่อมีสิ่งเร้ากระทบหน่วยใดหน่วยหนึ่งจะมีผลถึงหน่วยอื่น ๆ ด้วย ดังนั้นมนุษย์จึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อดำรงภาวะสมดุลให้เกิดความมั่นคงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม รอยเสนอว่า ระบบการปรับตัวจะเป็นพื้นฐานของการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อัดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาสัมพันธภาพระหว่างกัน ถ้าผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีหรือตอบสนองความต้องการของตนเองและสังคมอย่างเหมาะสม ความกระทบกระเทือนต่อชีวิตทั้งหมดไป ทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและสบายใจในการดำรงชีวิต ยอมรับสภาพต่าง ๆ ได้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีหากการปรับตัวของผู้ดูแลสูงอายุไม่สามารถก่อให้เกิดการตอบสนองในทางบวก ก็จะปรากฏพฤติกรรมการปรับตัวในทางลบ ดังการศึกษาถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มสมรสต้องการออกจากบ้าน ต้องการเวลาว่าง มีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีค่า ไม่มีคนเข้าใจ และยังพบอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นแรง เห็บน้ำออกโดยไม่ทราบสาเหตุ ความรู้สึกที่สำคัญและพบได้มากที่สุดคือ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว (Ekberg & Foxall, 1986 : 162 อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ แซ่ห่วน, 2536 : 2) สำหรับการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลที่บ้านมีการปรับตัวด้านอัดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึ่งพาสัมพันธภาพซึ่งกันและกันในทางบวก จะทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย มีการตัดสินใจที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา รู้ว่าควรแสดงบทบาทอย่างไรต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Carol et al., 1991 อ้างถึงในวนิดา ยืนยง, 2537 : 3)

จะเห็นว่าการปรับตัวของผู้ดูแลสูงอายุทั้ง 4 ด้านดังกล่าว มีความสำคัญต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ดูแลเอง และการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญ หากการปรับตัวไม่ดีจะส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลสูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำลง จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม

สิ่งเร้าเป็นปัจจัยการปรับตัวที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและส่งผลถึงต่อการปรับตัว ซึ่งรอยแบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าตรง หรือสิ่งเร้าที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่โดย

ตรง สิ่งเร้าร่วมได้แก่ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมที่นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรง และสิ่งเร้าแฝง ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่เป็นผลจากประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ทักษะ และบุคลิกภาพเดิม

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแลโดยตรง เนื่องจากระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุต่อการดำรงชีวิต และยังสะท้อนถึงระดับความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล จึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงปริมาณงานการดูแลที่ผู้ดูแลจะต้องตอบสนองและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลไม่มากนักน้อย (เฟื่องลดา เกนไชยวงศ์, 2539 : 20) ซึ่ง Pruchmo & Resch, ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลงลืมของผู้ป่วยสมองเสื่อมกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลจำนวน 262 ราย พบว่า พฤติกรรมด้านการแยกตัวจากสังคม และด้านอาการสับสนที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ทำให้ระดับการรับรู้ภาวะในการดูแลและปัญหาด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น และพบว่า ปัญหาในเรื่องความคิด การประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย และการเผชิญความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อความเครียดและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (1989 cited in Neundorfer, 1991 : 51-52) เช่นเดียวกับ Wallhagen (1992 : 111-127) ศึกษาความยากลำบากและผลกระทบต่อผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 60 ราย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ยังมีความยากลำบากในการดูแลในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมมื้ออาหาร การดูแลให้รับประทานยา การทำกิจธุระอื่น ๆ มาก มีแนวโน้มว่าจะเกิดความเครียดมากด้วย และพบว่า ความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล เป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้

แหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งถือเป็นสิ่งเร้าร่วม ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว McLean et al. (1991 : 559-564) พบว่า ผู้ดูแลต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านบริการ ข้อมูล และอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Norbeck et al. (1991 : 208-213) พบว่าความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านบริการ ความต้องการเด่น ๆ ในแต่ละด้านเรียงตามลำดับ ดังนี้ ด้านบริการต้องการแหล่งประโยชน์ในการรักษา มีโอกาสสละจากการดูแลผู้ป่วยบ้างและความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ด้านข้อมูล ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และการจัดการกับความเครียด และด้านการประเมิน ต้องการยืนยันความคิดและการกระทำของตน มีโอกาสรับฟังและร่วมแสดงความคิด

เห็นด้วย ท้ายสุดด้านอารมณ์ ต้องการการยอมรับ การให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในสังคม ผลการวิจัยทั้ง 2 สะท้อนถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทของผู้ดูแลอย่างชัดเจน

นอกเหนือจากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้ว ทักษะที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ถือเป็นสิ่งเร้าแฝงที่เกิดจากภายในตัวบุคคลหรือเรียกว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เนื่องจากทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึก รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ และแสดงให้ทราบถึงแนวทางการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537 : 224) บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุก็จะแสดงออกมาในรูปของความสุข ความยินดี ความเต็มใจ และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างดี ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวที่ดี ตรงข้ามกับบุคคลที่มีทัศนคติทางลบต่อการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่ยินดี จะแสดงออกโดยการปฏิเสธ หลีกหนี หรือก้าวร้าวรุนแรง Rabins (1988 : 29-31) จิตแพทย์ชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า เมื่อญาติคิดว่าอาการโรคของผู้ป่วยเป็นการรบกวนต่อเขาแล้ว เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการเหล่านี้ออกมาที่ย่อมจะทำให้ญาติมีปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ได้เช่นกัน ซึ่งอาจจะรุนแรงถึงขั้นเป็นการกระทำทารุณได้ ดังการศึกษาของ กิลลาร์ด (Gillard, 1986 อ้างถึงใน วรณิภา สมนาวรรณ, 2537 : 24) ที่ศึกษาถึงทัศนคติของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อมที่บ้านจำนวน 129 ราย พบว่า ญาติส่วนใหญ่ ร้อยละ 79 มีความเห็นว่า พวกเขายังสามารถให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยังมีความคิดเห็นว่า จะใช้เวลาดูแลน้อยลงกว่าที่ทำอยู่ แต่การส่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมเหล่านี้กลับไปอยู่ในสถานพยาบาลหรือสถานดูแลก็จะทำให้พวกเขา รู้สึกสบายใจ โล่งใจ ได้มากขึ้น Stroker (1993 : 362) ศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นชาย มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย มากกว่าผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องมาจากมีความยากลำบากในการรับบทบาทของผู้ดูแล

ในประเทศไทยลักษณะโครงสร้างสังคมเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทั้งสามีภรรยาต้องทำงานนอกบ้าน การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวและระหว่างเพื่อนบ้านมีน้อย การรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยุ่งยากและต้องมีการรับตัวในหลาย ๆ ด้าน

จากการสำรวจผู้สูงอายุในแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม - 15 เมษายน 2539 พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวทั้งหมด 424 ครัวเรือน จำนวน 570 คน ชุมชนเป็นย่านการค้า ธุรกิจ อุตสาหกรรม และการศึกษา รวมทั้งชุมชนแออัด ประชากรประกอบด้วยคนไทยเชื้อสายจีน และบุคคลที่อพยพมาจากภูมิภาคอื่น ปัญหาด้านสุขภาพที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและอัมพาต ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและต้องการการดูแล

จากสภาพปัญหาของชุมชนประกอบกับการศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังมีน้อยมากในบริบทของสังคมไทย จึงเป็นมูลเหตุให้ผู้วิจัยนำปัจจัยเหล่านี้คือ ทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาศึกษาว่ามีผลอย่างไรต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุในแขวงรองเมืองและปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมการปรับตัวให้สามารถดำรงบทบาทผู้ดูแล และบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำมาวางแผนช่วยเหลือส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ในเรื่องต่อไปนี้

1. การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. สร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร มีการปรับตัวอยู่ในระดับใด
2. ทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุในแขวงรองเมืองหรือไม่

3. ทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมืองได้หรือไม่ ในระดับใด

### สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. ทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมพยากรณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### ขอบเขตของงานวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในชุมชนแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
2. การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวทฤษฎี การปรับตัวของรอย ซึ่งศึกษาการปรับตัวใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อัดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน
3. ศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาความสัมพันธ์กับตัวแปรเฉพาะ ทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด และท่าทีของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แสดงออกถึงการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดเจตคติต่อการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสร้างโดยปรียธิดา เจริญเกียรติสกุล (2537)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปฏิทิน ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่กับครอบครัว

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง คู่สมรส บุตร ญาติ และเพื่อน ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรืออยู่ใกล้ชิด ผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมหรือความรู้สึกตอบสนองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเมื่อต้องเผชิญกับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ อาศัยกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย วัต การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตรมาโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การปรับตัวตามความต้องการทางสรีรวิทยา หมายถึง ความรู้สึก และ การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย ได้แก่ ความต้องการด้านอาหาร น้ำ ออกซิเจน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย และการระบาย การป้องกันอันตรายของร่างกาย การควบคุมเกี่ยวกับความรู้สึก ความสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ

2. การปรับตัวด้านอัตรมาโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองทางด้านร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ รวมถึงอัตรมาโนทัศน์ด้านศีลธรรม จรรยา ความมั่นคง ปลอดภัย ความคาดหวังที่ตนมีและความสำนึกในคุณค่าของตนเอง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง ความรู้สึกและการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว



4. การปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน หมายถึง ความรู้สึก และการกระทำ หรือ การปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองความเป็นตัวของตัวเองและความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในการพึ่งพาอาศัย

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อระดับการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ วัดโดยใช้แบบ สัมภาษณ์เพื่อวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งตัดแปลงจาก แบบ ประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ คัชเนียร์เรล เอคิแอล (Barthel ADL Index : BAI)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านรับรู้ว่าจะได้รับความรักและความผูกพัน รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire) ส่วนที่ 2 ของ แบรินท์ และ ไวเนอร์ท์ (Brandt & Weinert, 1985) ซึ่งตัดแปลงโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบปัจจัยที่สามารถเป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง และสามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการปรับตัวที่ดี
2. เป็นข้อมูลในการปฏิบัติกรพยาบาล และการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และครอบครัว
3. เป็นแนวทางสำหรับค ้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต่อไป