



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการดูแลสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแล ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของไตในผู้สูงอายุ
2. ภาวะไตวายเรื้อรัง
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว (family participation/ involvement)
5. ระยะเวลาในการดูแลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล
6. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
7. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
8. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
9. ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
10. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเปลี่ยนแปลงของไตในผู้สูงอายุ

ไตเป็นอวัยวะหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงาน พบว่าน้ำหนักของไตเพิ่มจาก 50 กรัมในวัยแรกคลอดเป็น 400 กรัมในวัย 40 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มลดลงเป็นลำดับจนน้อยกว่า 300 กรัมเมื่อเข้าวัย 90 ปี น้ำหนักและขนาดที่ลดลงเกิดจากหน่วยไตเล็ก ๆ แต่ละหน่วยเสื่อมลงและมีจำนวนลดลง โดยเฉพาะที่เนื้อไตส่วนนอกที่มีหน้าที่สำคัญในการกรองของเสีย กรด - ด่างและเกลือแร่ นอกจากนั้นในหลอดเลือดที่มาเลี้ยงก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วย ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงไตลดลง การเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นนี้ มีผลทำให้หน้าที่ในการกรองของ

เสีย กรด – ต่างและเกลือแร่ลดลง ดังนั้นเมื่ออายุเกิน 65 ปี การทำงานของไตจะลดลงเหลือประมาณร้อยละ 60 ของปกติ

นอกจากความบกพร่องของหน้าที่ในการกรองแล้ว หลอดฝอยของแต่ละหน่วยไตที่มีหน้าที่ดูดกลับและขับน้ำ เกลือแร่และกรดต่าง ก็มีสมรรถภาพลดลงด้วย ทำให้ไตของผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสมดุลของน้ำ เกลือแร่และกรดต่างได้ดีเท่าที่ควร กล่าวคือเมื่อได้รับน้ำ เกลือแร่และกรดต่างมากเกินไปก็ไม่สามารถขับออกได้มากเท่าที่ควร และเมื่อได้รับน้อยไปก็ไม่สามารถเก็บรักษาน้ำ เกลือแร่และกรดต่างที่ผ่านมาถึงหลอดฝอยของไตได้ และมีแนวโน้มจะเกิดโรคไตและความผิดปกติของสมดุลน้ำ เกลือแร่และกรดต่างได้ง่าย การเสื่อมของไตในผู้สูงอายุนอกจากจะเกิดขึ้นตามอายุแล้ว ยังเกิดจากโรคไตต่าง ๆ ได้ด้วย ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการเกิดโรคไตได้ง่ายจากปัจจัยหลายประการดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เลือดมาหล่อเลี้ยงไตน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มจะเกิดภาวะไตขาดเลือด ซึ่งอาจเป็นมากจนอาจเกิดภาวะไตวายขึ้นได้ และยังเกิดพิษต่อไตจากยาได้ง่ายขึ้นด้วย

2. หลอดฝอยไตไม่สามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นและเก็บเกลือโซเดียมไม่ได้ ทำให้มีแนวโน้มจะเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกาย มีผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงจนเกิดภาวะช็อคและ/หรือภาวะไตวายเฉียบพลันได้

3. หลอดฝอยไตไม่สามารถทำให้ปัสสาวะเจือจางได้ คือขับน้ำเพิ่มขึ้นในกรณีที่ได้รับน้ำมากไม่ได้ เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งถ้าน้ำเกินมากๆ จนความเข้มข้นของเกลือโซเดียมในเลือดต่ำมาก จะเกิดอาการซึมจนไม่รู้สติตัวและชัก และหากให้การรักษาไม่ทันก็อาจเสียชีวิตได้ โรคไตที่พบในผู้สูงอายุมีหลายชนิดดังนี้

1. โรคที่เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไต
2. โรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบชนิดเฉียบพลัน
3. โรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบชนิดที่มีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะมากจนทำให้เกิดอาการบวม
4. ภาวะไตวายเฉียบพลัน
5. ภาวะไตวายเรื้อรัง
6. ภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

2. ภาวะไตวายเรื้อรัง

2.1 ความหมายของภาวะไตวายเรื้อรัง

แนวโน้มของการเกิดโรคไตในผู้สูงอายุนอกจากความเสี่ยงของไตแล้วนั้น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตในผู้สูงอายุได้แก่ ภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งได้มีผู้ที่ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

วิทยา ศรีมาดา (2539) ได้ให้ความหมายของภาวะไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่มีการเสียหายที่ต่าง ๆ ของไต หน้าที่เหล่านี้มีทั้งการขับ คูดซึมกลับของสารต่างๆ กลีโอะแร่ สารน้ำ กรดต่าง การสร้างเอนไซม์ ฮอร์โมนหลายชนิดและเมตาบอริสมที่เกิดขึ้นที่ไต อย่างค่อยเป็นค่อยไป อย่างถาวรจนไม่สามารถฟื้นคืนหน้าที่ได้

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ (2544) ได้ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่องติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ถึงแม้จะได้รับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายไตในระยะแรกแล้ว แต่การเสื่อมของไตยังคงดำเนินไปเรื่อย ๆ จนเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD)

สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ของไตในการขจัดของเสีย การรักษาความสมดุลของน้ำ สารอิเลคโตรลัยท์และกรดต่าง เป็นภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงเป็นเวลาติดต่อกันนานเกินกว่า 3 เดือน สามารถวินิจฉัยภาวะนี้โดยการวัดการทำงานของไต ด้วยค่าอัตราการกรองพลาสมาที่ Glomerular Filtration Rate หรือดูจากค่า Serum creatinine ที่สูงขึ้น

โดยสรุป โรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการขจัดของเสีย และหน้าที่ต่างๆของไต เช่น การคูดซึมกลับของสารต่าง ๆ กลีโอะแร่ สารน้ำ กรดต่าง การสร้างเอนไซม์ เป็นต้น จนไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ โดยสรุป โรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการขจัดของเสีย และหน้าที่ต่าง ๆ ของไต เช่น การคูดซึมกลับของสารต่าง ๆ กลีโอะแร่ สารน้ำ กรดต่าง การสร้างเอนไซม์ เป็นต้น จนไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

2.2 การวินิจฉัยภาวะไตวายเรื้อรัง

การวินิจฉัยภาวะไตวายเรื้อรัง อาศัยเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. มีภาวะ Azotemia ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน
2. ขนาดของไตทั้งสองข้างเล็กกว่าปกติ
3. ตรวจพบ Renal osteodystrophy

4. ตรวจปัสสาวะพบ Broad cast คือ ความกว้างของ cast มากกว่าความยาวของเม็ดเลือดขาว 3 ตัวเรียงต่อกัน

2.3 สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง

สาเหตุสำคัญของภาวะไตวายเรื้อรังนั้น แต่เดิมพบว่ามีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรังมากที่สุด ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายที่เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาเป็นภาวะไตจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ โรคนี้โวนไต โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ โรคเก๊าท์ ภาวะไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้มักทำให้เกิดโรคกับไตทั้งสองข้างพร้อม ๆ กัน (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2545: 39) ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าสาเหตุสำคัญ คือ เบาหวานร้อยละ 30.6 ความดันโลหิตร้อยละ 26.5 การอักเสบของโกลเมอรูลาร้อยละ 13.6 โรคในทางเดินปัสสาวะ (urological disease) ร้อยละ 20.55 โรคของกระเพาะปัสสาวะ (cystic disease) ร้อยละ 3.45 (พรรณนุปลา ชูวิเชียร, 2539: 785)

ส่วนสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติขององค์ประกอบใหญ่ของไต 4 ส่วน คือ โกลเมอรูลัส ระบบหลอดเลือดฝอย (renal tubule) ระบบหลอดเลือดที่ไต และเนื้อเยื่อแทรกกรอบหลอดเลือด (interstitium) นั้น การที่จะวินิจฉัยว่าภาวะของไตนี้มรสเหตุมาจากบริเวณใดต้องตัดชิ้นเนื้อไต (renal biopsy) ไปตรวจจึงจะทราบว่ามีความผิดปกติในส่วนใดของไต ดังนั้น เมื่อแบ่งสาเหตุของโรคตามลักษณะทางกายภาพร่วมกับสาเหตุของโรคที่มีผลกระทบต่อไต จึงสามารถแบ่งได้ดังนี้ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2539: 30-31)

2.3.1 Glomerular disease เป็นโรคไตโกลเมอรูลา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณร้อยละ 50 ของทั้งหมด มีการทำลายโกลเมอรูลาซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น Goodpasture's syndrome เมื่อโกลเมอรูลัสถูกทำลาย ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการที่เห็นเด่นชัด คือ มีปัสสาวะเป็นเลือดและมีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ตรวจเลือดมักพบ albumin ในเลือดต่ำ มีอาการบวมทั้งร่างกายตามมานอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของการทำงานของระบบ Renin angiotensin – aldosterone system ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง และในที่สุดเกิดภาวะยูรีเมีย

2.3.2 Tubular disease โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของส่วนหลอดเลือดโดยเฉพะที่เกิดหลอดเลือดส่วนต้น (proximal tubular) ทำให้ความสามารถในการควบคุมความสมดุลของสารอิเลคโตรลัยท์ กรด – ด่างเสียไปทำให้ไตเสียหายที่

2.3.3 Vascular disease โรคที่ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบแคบ หรือ ขรุขระทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ที่เรียกว่า Atherosclerosis มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ อัตราการกรองที่ไตลดลงไปเรื่อย ๆ ทำให้ไตค่อย ๆ เสียน้ำที่

2.3.4 Interstitial disease มีการอักเสบที่เนื้อเยื่อแทรกระหว่างหลอดฝอยไต ทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดฝอยไตและหลอดเลือดของเนื้อไตที่ถูกทำลาย โรคที่พบบ่อย คือ กรวยไตอักเสบ ซึ่งมักมีสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง

2.3.5 Obstructions มีการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่ไตลงมาถึงท่อปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดจากการนิ่ว ก้อนเนื้องอก มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด การอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะนั้น ไม่เพียงก่อให้เกิดการอุดตันทางเดินปัสสาวะ แต่ทำให้เกิดการติดเชื้อซึ่งอาจลุกลามไปถึงกรวยไต ทำให้มีความดันย้อนกลับไปถึงเนื้อไต ตรวจพบว่ามีไตบวม น้ำ (hydronephrosis) เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และอัตราการกรองที่ไตลดลงทำให้ไตเสียน้ำที่ไป

2.3.6 Collagen – related disease เช่น SLE, Polyarteritis และ Systemic sclerosis โรคเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีผลต่อไตเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อหัวใจ หลอดเลือดปอด กล้ามเนื้อ - กระดูก และระบบประสาท กลไกที่ทำให้ไตเสียน้ำที่ คือ เกิด antigen – antibody complex มีผลทำให้หลอดเลือดอักเสบและตายในที่สุด

2.3.7 Metabolic disease ความผิดปกตินี้มีผลทำให้ไตมีความผิดปกติในเชิงโครงสร้างและเสียน้ำที่ไปในที่สุด สาเหตุที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดและท่อไตและโรค Amyloidosis ทำให้ส่วน basement membrane ในโกลเมอรูลัสหนาขึ้น เนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะ

2.3.8 Congenital disease ได้แก่ Renal agenesis, Renal aplasia ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายทันที นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ทำให้ไตวายเรื้อรังจากโรคไตพิการแต่กำเนิด คือ Polycystic kidney และ Medullary cystic disease

2.3.9 Nephrotoxin – induced disease ผู้ป่วยอาจจะมีโอกาสได้รับสารพิษต่อไต เช่น สารเคมี ยาฆ่าแมลงที่ทำลายพืช เห็ดที่มีพิษ และคนที่ชอบรับประทานยาแก้ปวดที่ประกอบด้วย Phenacetin เป็นเวลานาน ๆ

2.4 กลไกการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง

เมื่อสมรรถภาพสำรองของไตลดลง ซึ่งเป็นระยะที่อัตราการกรองเหลือเพียงร้อยละ 50 หน้าที่ของไตโดยรวมลดลงเล็กน้อย เนื่องจากหน่วยไตที่เหลือมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มการทำงานเพื่อทดแทนหน่วยไตที่ถูกทำลายไป เมื่อหน่วยไตถูกทำลายถึงร้อยละ 75 หน่วยไตที่เหลือต้องทำงานทดแทน ดังนั้น ระยะนี้มักมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะ

หลอดเลือดไกลเมอรูลัสแข็งตัว เนื่องจากความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจากการคั่งของน้ำและโซเดียม พบภาวะ Azothemia ระดับปานกลาง (สารยูเรียในเลือด 40 – 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ครีเอตินินในเลือดมากกว่า 3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร่วมกับปัสสาวะมากและบ่อยตอนกลางคืน เนื่องจากหน่วยไตที่เหลือต้องรองรับเลือดที่มีความเข้มข้นสูง (มีสารยูเรียในเลือด) ทำให้เกิดปัสสาวะมากจากการเพิ่มความเข้มข้นของปัสสาวะ คือ แต่ละโมเลกุลของยูเรียและไนโตรเจนจะดึงน้ำเข้าสู่หลอดเลือดไตทำให้ปริมาณของปัสสาวะเพิ่มขึ้น ร่วมกับไตเสียความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น มีอาการซีดเล็กน้อย เนื่องจากการสร้างเอริโทรพอยอิตินลดลง และมีลักษณะผิวแห้งร่วมด้วย

เมื่อหน่วยไตถูกทำลายไปร้อยละ 90 จะเกิดภาวะกรดเนื่องจากไตสร้างแอมโมเนียลดลง ทำให้ไฮโดรเจนถูกขับถ่ายออกจากร่างกายลดลง ผู้ป่วยจึงหายใจหอบลึก มีการคั่งของสาร Non protein nitrogen เช่น ยูเรีย ยูริกแอซิด ครีเอตินิน และแอมโมเนีย โดยเฉพาะ ครีเอตินินพบถึง 6 - 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นของของเสียระดับนี้ ทำให้หน่วยไตเสียความสามารถในการกำจัดปัสสาวะ หน่วยไตที่เหลือไม่สามารถปรับตัวทำงานทดแทนหน่วยไตที่เสียไป การกรองปัสสาวะลดลง ปัสสาวะออกน้อย ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกาย จึงพบอาการบวมร่วมด้วย เมื่อหน่วยไตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5 – 9 ระดับครีเอตินินมากกว่า 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงมีการคั่งของของเสียในร่างกาย ปัสสาวะลดน้อยลงถึงไม่มีปัสสาวะเลย และมีอาการแสดงในระบบอื่น ๆ เรียกว่า กลุ่มอาการยูริเมีย

2.5 ระยะเวลาของภาวะไตวายเรื้อรัง

ได้มีการแบ่งความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรังออกเป็น 4 ระยะ ตามระดับการทำงานของไต ซึ่งวัดได้ด้วยอัตราการกรองของเสียที่ไต (ประสิทธิ ุ ธนกิจจารุ, 2545) ดังต่อไปนี้คือ

1) ระยะที่หนึ่ง (diminished functional reserve) เป็นระยะที่ระดับการทำงานของไตลดลงครึ่งหนึ่ง การตรวจเลือดพบระดับครีเอตินินสูงเกินปกติเล็กน้อย คือ ประมาณ 1.5 - 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการใด ๆ การตรวจร่างกายประจำปีเท่านั้นจึงจะบอกได้ เช่น อาจตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเล็กน้อย หรือการตรวจเลือดเพื่อดูระดับครีเอตินินก็จะพบว่าสูงเกินปกติเล็กน้อย ถือว่าเป็นระยะที่ให้การรักษาป้องกันการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ผลดีที่สุด

2) ระยะที่สอง (chronic renal insufficiency) เป็นระยะที่ระดับการทำงานของไตลดลงเหลือร้อยละ 20 - 40 ของระดับปกติ การตรวจเลือดพบระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นอีก (ประมาณ 2 - 4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการอะไรเลย หรืออาจมีอาการบางอย่าง เช่น ปัสสาวะกลางคืนบ่อย มีความดันโลหิตสูง อาจมีอาการบวมขาเป็น ๆ หาย ๆ การตรวจ

ปัสสาวะมักพบโปรตีนในปัสสาวะ การตรวจเลือดมักเริ่มพบภาวะโลหิตจางเล็กน้อย มีอาการคันและผิวแห้งเนื่องจากร่างกายสูญเสียน้ำ

3) ระยะที่สาม (chronic renal failure) เป็นระยะที่ระดับการทำงานของไตลดลงเหลือร้อยละ 10 - 20 การตรวจเลือดพบระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นเป็น 4 - 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อาจมีอาการบวมขาชัดเจนมากขึ้น จำนวนปัสสาวะอาจลดลง มักปรากฏอาการต่าง ๆ ในระบบอื่น ๆ ของร่างกายเด่นชัดขึ้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เหนื่อยง่าย โลหิตจางมากขึ้น อาจเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร หรือคลื่นไส้อาเจียน การตรวจปัสสาวะมักพบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น

4) ระยะที่สี่ (end-stage renal disease : ESRD) เป็นระยะที่ระดับการทำงานของไตลดลงเหลือร้อยละ 5 - 10 การตรวจเลือดพบระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นเป็น 8 - 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีของเสียสะสมในเลือดมากพอที่อาจทำให้เกิดกลิ่นของยูเรียออกมากับลมหายใจ และมีการรบกวนการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ จนปรากฏอาการในระบบอื่น ๆ ได้ชัดเจน เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน โลหิตจางมากขึ้น สมาธิในการทำงานด้อยลง กลุ่มอาการที่เกิดจากอวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติอันเนื่องมาจากภาวะไตวายระยะที่สี่นี้ เรียกว่า "กลุ่มอาการยูรีเมีย"

2.6 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

การรักษาภาวะไตวายเรื้อรัง มีแนวทางในการรักษา 2 ประการ คือ การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการบำบัดทดแทนภาวะไตวาย ซึ่งแนวทางการรักษาทั้ง 2 ประการนี้ ได้พิจารณาจากระดับความรุนแรงตามระยะการดำเนินของภาวะไตวายเรื้อรัง 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.6.1 การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต หมายถึง การรักษาทันทีเมื่อพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไต เพื่อเป็นการชะลอการเสื่อมของไต ที่ดำเนินไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่มีการรักษาที่ยุ้งยากซับซ้อน การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมีหลักการอยู่ 2 ประการดังต่อไปนี้

การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตด้วยการบริโภคอาหารและดื่มน้ำ (non-pharmacologic therapy) การชะลอความเสื่อมของไต มักจะมีผลดีเมื่อแพทย์เริ่มให้การวินิจฉัยและรักษาโรคได้เร็วเท่าไรยังมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย เมื่อใดที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีภาวะไตเสื่อม ควรเริ่มต้นควบคุมการบริโภคอาหาร โปรตีน ฟอสเฟต และไขมัน เป็นการป้องกันการเกิดภาวะไตวายที่รุนแรง

การจำกัดอาหารโปรตีน การรับประทานอาหารโปรตีนต่ำ หรืออาหารโปรตีนต่ำมากร่วมกับกรดอะมิโนจำเป็น โดยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง ซึ่ง

หมายถึงโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์ทุกชนิด จำนวน 0.6 กรัมของโปรตีน/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน โดยไม่ต้องให้กรดอะมิโนจำเป็น หรือคีโต (keto acid) เสริม เพราะอาหารโปรตีนในขนาดดังกล่าวข้างต้นให้กรดอะมิโนจำเป็นในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายอยู่แล้ว

การจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอล ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารแต่ละวันไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม/วัน ด้วยการจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ทุกชนิด และนม เป็นต้น

การจำกัดอาหารที่มีฟอสเฟต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง นม และเมล็ดพืชต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสง เม็ดทานตะวัน เม็ดมะม่วงหิมพานต์ เมล็ดอัลมอนด์ ควรหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าว พบว่าอาหารที่มีรฟอสเฟตสูงจะเร่งการเสื่อมของไตวายเรื้อรังให้รุนแรงขึ้น และมีความรุนแรงของการมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะมากขึ้น นอกเหนือจากผลเสียต่อระบบกระดูกดังกล่าวข้างต้น

การจำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียม ผลไม้เป็นอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลางยังไม่จำเป็นต้องรับประทานผลไม้ทั้งหมด อาจรับประทานผลไม้ได้พอควร โดยวัดค่าระดับโพแทสเซียมในเลือดว่าสูงจนเป็นอันตรายหรือไม่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคมาก มีครีเอตินินในเลือดตั้งแต่ 9 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเมื่อระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5 มิลลิโมล/ลิตร ควรงดการรับประทานผลไม้ทุกชนิด เพราะอาจทำให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงเกิน จนทำให้หัวใจเต้นผิดปกติอย่างรุนแรงหรือหยุดเต้นได้

การจำกัดอาหารที่มีโซเดียม ผู้ป่วยโรคไตที่ไม่มีอาการบวมควรรับประทานเกลือในปริมาณที่ไม่มากนัก โดยไม่ต้องงดเกลือโดยสิ้นเชิง แต่ไม่ควรรับประทานเกลือเพื่อปรุงรสเพิ่ม ผู้ป่วยที่มีอาการบวมร่วมด้วย ควรจำกัดปริมาณเกลือที่รับประทานต่อวันให้น้อยกว่า 3 กรัมของน้ำหนักเกลือแกง (เกลือโซเดียมคลอไรด์)/วัน ซึ่งทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีรสจืด งดอาหารที่มีปริมาณเกลือมาก ได้แก่ เนื้อสัตว์ทำเค็ม หรือหวานเค็ม หมูสวรรค์ หมูหยอง หมูแผ่น ปลาต้ม ปลาแจ่ว เต้าเจี้ยว งดอาหารบรรจุกระป๋อง

การจำกัดน้ำ (fluid restriction) น้ำดื่มที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสม และชนิดของน้ำดื่ม ปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตขึ้นกับชนิดของโรคไตและระยะเวลาของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรงพอควร (มีค่าครีเอตินินในเลือด อยู่ในช่วง 2 - 8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ไตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังสามารถขับออกทางปัสสาวะได้ดี ผู้ป่วยจึงสามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ อาจไม่ต้องจำกัดน้ำดื่ม แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการบวม หรือมีความรุนแรงของโรคไตวานเรื้อรังมากขึ้น (ครีเอตินินในเลือดประมาณ 8 - 10 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) มักมีปัสสาวะ

ลดลง ควรจำกัดน้ำให้ลดลงตาม โดยถือตามปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ และแพทย์จะให้ยาขับปัสสาวะช่วยควบคุมไม่ให้เกิดอาการบวมหรือภาวะน้ำเกิน นอกจากต้องควบคุมปริมาณน้ำในแต่ละวันแล้ว ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องคำนึงถึงชนิดของน้ำดื่มด้วย น้ำที่ผู้ป่วยโรคไตวายควรดื่ม ได้แก่ น้ำฝน น้ำประปากรอง ไม่ควรดื่มน้ำบาดาลที่มีรสกร่อย เพราะอาจจะมีเกลือโซเดียมละลายอยู่ ไม่ควรดื่มน้ำแร่บรรจุขวดหรือเครื่องดื่มประเภทเกลือแร่ เพราะมีสารประกอบของโซเดียมละลายอยู่มากกว่าน้ำธรรมดา ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้คั้น เพราะมีสารโพแทสเซียมมาก

การรักษาทางยา (Medication therapy) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เพื่อให้ทดแทนสารที่ขาดหรือขจัดสารบางตัว หรือลดจำนวนสารที่ไม่ต้องการ ยาที่ใช้บ่อยได้แก่

ยาขับปัสสาวะ ออกฤทธิ์เพิ่มการขับเกลือแร่และน้ำที่คั่งในภาวะไตวายส่งผลให้ลดอาการบวมและลดระดับความดันโลหิต พบว่ายาขับปัสสาวะกลุ่มไทอาไซด์ (เช่น ไดคโลไทด์) ใช้ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินินในเลือดที่สูงกว่า 2.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จึงจำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะในกลุ่ม loop diuretics เช่น Lasix ห้ามใช้กลุ่มที่มีฤทธิ์สงวนการขับโพแทสเซียมที่ไต หรือที่เรียกว่า potassium-sparing diuretics เช่น aldactone เนื่องจากจะทำให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น จนอาจถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

ยาลดความดัน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเมื่อโรคมีความรุนแรงขึ้นและดำเนินไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะพบภาวะความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 80 - 90 ของผู้ป่วย พบว่าความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งที่มีผลต่อการเร่งอัตราการเสื่อมหน้าที่ของไต การควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด จึงเป็นมาตรการในการชะลออัตราการเสื่อมหน้าที่ของไตที่ได้ผลดีที่สุด โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท มักจำเป็นต้องใช้ยาลดความดันหลายชนิด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรเลือกใช้กลุ่มยาที่มีชื่อว่า ACE inhibitor เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดระดับโปรตีนในปัสสาวะ และชะลอความเสื่อมของไตได้ดี ควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินินในเลือดสูงกว่า 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เนื่องจากอาจทำให้ระดับครีเอตินินและโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น ยาลดความดันอีกกลุ่มหนึ่งคือ ยาที่ออกฤทธิ์ต้านแคลเซียม ใช้ได้กับไตวายเรื้อรังทุกระยะไม่ทำให้โพแทสเซียมสูง แต่มีผลข้างเคียงได้แก่ บวม เวียนศีรษะ ใจสั่นจากการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว

ยาลดการดูดซึมของฟอสเฟต ภาวะไตวายทำให้มีการคั่งของฟอสเฟต ทำให้ต่อมพาราไทรอยด์หลังฮอริโมนออกมา มาก ส่งผลต่อกระดูกและอวัยวะอื่น ๆ รวมไปถึงมีผลทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น ยาลดการดูดซึมของฟอสเฟตในอาหารที่นิยมใช้ คือ เกลือแคลเซียม เช่น CaCO_3

มีผลข้างเคียงคือ อาจเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากลำไส้ดูดซึมแคลเซียมสูงขึ้น จึงควรรับประทานพร้อมอาหาร

ยารักษาภาวะซีดหรือโลหิตจาง ภาวะซีดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเกิดจากการฮอริโมนเอริโธรพอยอิติน สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การขาดธาตุเหล็กหรือขาดกรอโฟลิก อาจรักษาโดยการให้เลือด แต่อาจทำให้เกิดหัวใจวายและน้ำท่วมปอด เกิดการสะสมภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการทำลายเม็ดเลือดแดงเร็วขึ้น จึงควรให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น ก่อนเริ่มให้ฮอริโมนเอริโธรพอยอิติน เช่น Recommon, Eprex, Hemax ต้องตรวจหาปริมาณธาตุเหล็กในร่างกาย เนื่องจากพบอุบัติการณ์ขาดธาตุเหล็กถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วย หากมีภาวะขาดธาตุเหล็กด้วยให้ธาตุเหล็กทดแทนทางปาก เช่น FeSO_4

การให้ต่างทดแทน ภาวะเป็นกรดในร่างกายเกิดผลเสียอย่างมาก เช่น ทำให้กระดูกอ่อน สามารถแก้ไขภาวะกรดในร่างกายโดยการให้ต่างทดแทน ยาที่นิยมใช้คือ โซเดียมไบคาร์บอเนต หรือ โซดามินท์ ควรรักษาระดับไบคาร์บอเนตในเลือดไม่ต่ำกว่า 22 มิลลิโมล/ลิตร ควรระวังการใช้ยาในขนาดสูงอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับโซเดียมมากมีผลต่อหัวใจวายได้

การรักษาภาวะโพแทสเซียมสูง ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่มีบัสสาวะน้อย ได้รับอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง หรือได้รับยาบางชนิด เช่น ยาลดความดันในกลุ่ม ACE inhibitor ยาแก้ปวดกลุ่ม N-said ซึ่งภาวะโพแทสเซียมสูงอาจมีผลต่อหัวใจทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ ยาที่นิยมใช้คือ ยาผง Kayexalate

ยาลดไขมันในเลือด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักมีระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะมีผลต่อการเร่งอัตราการเสื่อมของไต และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบ ในปัจจุบันนิยมใช้ยาในกลุ่ม Statin แต่มีข้อระวังคือ การใช้ยาในขนาดสูงหรือใช้ร่วมกับยาลดไขมันอื่น หรือมีการออกกำลังกายมากเกินควร อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้ออักเสบ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หากหยุดยาไม่ทันอาจเกิดการสลายของกล้ามเนื้อและปล่อยสารพิษ ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้

2.6.2 การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย ประกอบด้วย 3 วิธี

การขจัดของเสียออกจากเยื่อช่องท้อง (peritoneal dialysis)

หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนสารน้ำและสารละลายภายในช่องท้อง โดยมี peritoneal membrane ทำหน้าที่เป็นเยื่อกั้น (semipermeable membrane) ระหว่างน้ำยาไดอะลิซิสกับเลือด ภายหลังจากที่มีการแลกเปลี่ยนกันแล้ว ทำให้เลือดที่มียูเรีย น้ำ และอิเล็กโทรลัยท์บางตัวที่สูงนั้นลดลง หลักการของการขจัดของเสียออกจากเยื่อช่องท้อง เกิดจากการเคลื่อนตัวของสารจากเลือดในหลอดเลือดฝอย ผ่านเยื่อช่องท้องออกมาถึงน้ำยาไดอะลิซิสที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง เพื่อต้องการขจัดของเสียซึ่งเกิดจากการเผาผลาญของโปรตีนให้ออกจากร่างกาย และกำจัดน้ำส่วนเกิน

ให้ออกจากร่างกายด้วย การเคลื่อนตัวของโมเลกุล ของสารเกิดขึ้นได้ 2 กระบวนการ คือ การแพร่กระจาย (diffusion) และ ultrafiltration การรักษาด้วยวิธีนี้ เป็นการทดแทนการทำงานของไต ในส่วนการขับของเสีย การขจัดน้ำและเกลือแร่ และยังรักษาความสมดุลของกรดอีกด้วย แต่ไม่สามารถที่จะสังเคราะห์วิตามินดีและฮอร์โมนเอริโทรพอยอิตินได้ ผู้ป่วยต้องได้รับยาทดแทน

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หมายถึง การที่เอาเลือดออกจากร่างกาย ผสมกับ Heparin เข้ามายังตัวกรองเลือด โดยไหลอยู่คนละข้างกับน้ำยา ซึ่งมี semipermeable membrane กั้นกลาง สารละลายจะเคลื่อนที่จากเลือดเข้าสู่ น้ำยาหรือจากน้ำยาสู่เลือด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือด หรือน้ำยาจนกว่าความเข้มข้นทั้งสองจะเท่ากัน เรียกว่า diffusion ซึ่งเป็นการกรองของเสียออกจากเลือด ในขณะที่เดียวกับน้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความเข้มข้นมาก ด้วยวิธีที่เรียกว่า osmosis และถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายมากกว่านี้ ต้องใช้วิธีที่เรียกว่า ultrafiltration โดยการทำให้ความกดดันระหว่างเลือดกับน้ำยา มีความแตกต่างกันมาก ๆ เป็นการบำบัดทดแทนการทำงานของไต โดยใช้เครื่องไตเทียมเพื่อขจัดของเสีย เกลือแร่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลของน้ำ ความสมดุลของกรดต่าง แต่ไม่สามารถสังเคราะห์วิตามินดีและฮอร์โมนเอริโทรพอยอิตินได้ ผู้ป่วยต้องได้รับยาทดแทน

การปลูกถ่ายไต (renal transplantation) หมายถึง เป็นการรักษาวิธีหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไต (donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับไต (recipient) ซึ่งผู้บริจาคไตและผู้รับไตนั้นจะต้องมีการคัดเลือกตามเกณฑ์ และต้องทดสอบความเข้ากันได้ของแอนติเจน พร้อมกับการได้รับกกระบบภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะสลัดไตภายหลังการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นวิธีการบำบัดทดแทนภาวะไตวายที่ดีที่สุด ที่สามารถทำหน้าที่ของไตทุกอย่าง ทั้งการขับของเสีย การรักษาสมดุลน้ำ เกลือแร่ และกรดต่าง รวมทั้งการสังเคราะห์วิตามินดี และฮอร์โมนเอริโทรพอยอิติน แต่ผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่ได้โดยต้องรับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสลัดไต (rejection) ผลของยาเหล่านี้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

แต่ในผู้สูงอายุนั้นการรักษาโดยการปลูกถ่ายไตมีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก จึงไม่นิยมใช้ในการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุนิยมใช้ได้แก่ การขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) ร่วมกับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหารและน้ำ ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

2.7 ผลกระทบของโรคไตวายเรื้อรัง

ผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังเกิดผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2539)

2.7.1 ผลกระทบต่อระบบร่างกาย

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง พบมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว พบได้บ่อยมาก มักมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำและโซเดียมในร่างกายมากเกินไป ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ พบได้บ่อยร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง

ระบบทางเดินหายใจ ที่พบบ่อยคือ น้ำท่วมปอด ปอดอักเสบ มักเกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะน้ำท่วมปอด มีสาเหตุมาจากการไม่จำกัดน้ำและเกลือ

ระบบประสาท มีผลต่อระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลาย โดยในระบบประสาทส่วนกลาง เริ่มต้นมีอาการซึมลง ซาดสมาธิ ตั้งใจทำงานลดลง การตัดสินใจไม่ดี เมื่อเป็นมากขึ้นอาจเกิดอาการสับสน ไม่รู้วัน เวลา บุคคล สถานที่ ประสาทหลอน และกลายเป็นโรคจิตได้

ระบบทางเดินอาหาร ภาวะยูริเมียมีผลต่อระบบทางเดินอาหารทุกส่วน พบว่ามีผลที่ปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น และลำไส้ใหญ่ มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

ระบบเลือดและอวัยวะสร้างเลือด ภาวะที่พบบ่อยคือ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดออกง่าย และภาวะต้านทานโรคต่ำ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อ ช้ำ และกระดูกมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะยูริเมีย อาจพบว่ากล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บปวดข้อ เป็นผลมาจากมีการเกาะของแคลเซียม กระดูกมีการเปลี่ยนแปลงอาจมีกระดูกนุ่ม กระดูกพรุน เนื่องจากไตเสียหายที่ในการสังเคราะห์วิตามินดี (1,25-(OH) vitamin D) ลดลง จึงทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ

ระบบผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผิวหนังจะแห้งและตกสะเก็ด เนื่องจากต่อมน้ำมันและต่อมเหงื่อลีบฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ และมีเกลือยูเรีย (uremic frost) เกาะอยู่ที่ผิวหนังทำให้ผิวหนังแห้งมีขุยขาวๆ อาการคันที่ผิวหนังเกิดจากผิวหนังแห้ง

ระบบต่อมไร้ท่อ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะมีอาการและอาการแสดงของต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ เช่น ต่อมไทรอยด์ ต่อมพิทูอิทารี ต่อมพาราไทรอยด์

2.7.2 ผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

ด้านจิตใจและอารมณ์ นอกจากสภาพทางด้านร่างกายแล้ว สภาพทางด้านจิตใจก็ต้องการปรับตัวเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีไตวายเรื้อรังนั้นผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการรักษา ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2539) ทำให้สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยหดหู่และเปลี่ยนแปลงง่าย มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทางด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถอยหนี ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง และบางรายมีอาการของโรคจิต (Luckman and Sorensen, 1987) ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่พบมากคือ การปฏิเสธ ทำให้ผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหาร ไม่รับประทานยา ทำให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคเร็วขึ้น (Phipps et al., 1980 อ้างใน อัมภวรรณ ใจเปีย, 2543)

ด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในสังคมเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีความเจ็บป่วยตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ และการที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ได้ นอกจากนี้ความต้องการการพักผ่อน และการไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ จะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Tilden, 1987)

ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาเงินค่ารักษาเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่ง เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวจึงต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัว (นงลักษณ์ พื้นชมพู, 2540)

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นเรื่องที่แต่ละครอบครัวปฏิบัติเป็นเรื่องปกติอยู่แล้ว อาจมีบ้างในสังคมอุตสาหกรรมที่การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องใหญ่ในครอบครัวที่ต้องจัดหาผู้ดูแลในรูปแบบที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพ ทรัพย์สินและความหวังสำหรับผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีความเชื่อในความสามารถและการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวได้อย่างอบอุ่นตลอดไปแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Urgerson, 1987; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546: 39) ดังนี้

1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal carers/ caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากวิชาชีพ หรือผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล (health care worker) รวมทั้งผู้ดูแลที่ได้รับจ้างจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal carers หรือ carer หรือ caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลและระยะเวลาจนถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่าความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และที่สำคัญคือไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง (family caregivers) เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

ส่วนคำว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีคำกล่าวที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว ญาติผู้ดูแล หรือใช้ภาษาต่างประเทศว่า Family Caregiver ซึ่งหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน ญาติในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง

สรุปลักษณะสำคัญของญาติผู้ดูแลหรือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวดังต่อไปนี้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

1. ญาติหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย อาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง
2. ผู้รับการดูแล (care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงโรค เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์ และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป
3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลช่วยเหลือ โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล
4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

Horowitz (1985) ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลที่บ้านไว้ 2 ลักษณะโดยนำขอบเขตการรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยดังนี้

- 1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอต่อเนื่อง
- 2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ และให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย



การเข้ารับบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

การดำเนินการรับบทบาทผู้ดูแลหรือการได้มาซึ่งบทบาทการดูแล เริ่มจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บหรือความเสื่อมของร่างกายของบุคคลที่ต้องการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแล (Phongphangam, 2003) สำหรับผู้สูงอายุนั้นภาวะทางร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสื่อมของร่างกายมักเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ต้องการผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือ การศึกษาหลายเรื่องสรุปว่าการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นบทบาทที่กำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง ทั้งนี้มักคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยาและการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่าย การเดินทางและเรื่องอื่น ๆ มากกว่าให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ในขณะที่เดียวกันการตระหนักถึงศักยภาพในบทบาทของเพศหญิง และเจตคติที่ดีในการดูแล รวมทั้งพันธกิจที่ต้องดูแลตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณโดยเฉพาะบิดามารดา (จอม สุวรรณโณ, 2541) ตลอดจนความรักความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย ภายใต้อัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วยความเต็มใจ โดยไม่ต้องร้องขอหรือตั้งเงื่อนไขสิ่งตอบแทนจากผู้อื่น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ร้อยละ 87.8 ให้ความหมายว่า การอุปการะดูแลผู้สูงอายุถือเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว ด้วยเหตุผลที่ว่า การอุปการะดูแลผู้สูงอายุถือเป็นการทดแทนบุญคุณ การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 44.4 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบุตรและญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.4 เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ต่างระบุว่า ผู้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

การที่ใครจะเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น สังคมย่อมคาดหวังต่อการเข้ามารับบทบาทของบุคคลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดทางสายเลือดกับผู้ป่วยมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร เพศหญิง วัยกลางคน ที่ให้การดูแลบิดามารดาวัยสูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นการดูแลตามลำดับรุ่น และพัฒนาการของสมาชิกที่เป็นระบบย่อยของครอบครัว หรือแม้แต่การดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นหน้าที่ของภรรยามากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเพศหญิง 7 คนใน 10 คนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (จอม สุวรรณโณ, 2541)

บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือความพิการต่าง ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยบริการขั้นพื้นฐานประกอบด้วยทางด้านร่างกาย เป็นการดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาและดูแลเรื่องอาหาร

การกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ตลอดจนดูแลด้านสุขภาพอนามัย การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง โดยทั่วไปผู้ดูแลมีหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยพาไปรับการรักษาและรับภาระค่ารักษาพยาบาลและช่วยเหลือด้านแรงงาน ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารในโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นต้น ทางด้านจิตใจ ได้แก่ การช่วยเหลือการให้กำลังใจ ความอบอุ่น และการกระตุ้น โดยเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุเป็นการประดับประคองด้านจิตใจ เข้าใจอารมณ์และปรณินิบัติ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารรวมไปถึงการแนะนำ สอนการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพ และช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Hogstel, 1994) อาจกล่าวได้ว่า บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวของ Friedman (1997) ซึ่งในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวหนึ่ง ๆ จะเหมาะสมหรือน่าจะ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยภายในแต่ละบุคคล คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพหรืองานที่ทำอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแลอย่างน้อยแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมด้วย ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ที่เป็นผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว (family participation/ involvement)

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีผู้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ตรงกับคำว่า family participation หรือ family involvement (Coyne, 1996)

4.1 ความหมายของครอบครัว (family)

การให้ความหมายของครอบครัว (family) ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล ดังนั้นการให้ความหมายของครอบครัวสามารถสรุปรวบรวมได้ดังนี้

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ได้ให้ความหมายของครอบครัวในเชิงสหสาขาวิทยาการ ดังนี้

1. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความผูกพันทางสายโลหิต
2. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน ถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน
3. ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกันโดยมีจำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน
4. ทางนิติศาสตร์ ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดามารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกันและกำหนดสิทธิในการรับมรดกตามกฎหมาย

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง ครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมของบุคคล บทบาทของครอบครัวต่อสมาชิกที่เจ็บป่วยหรือการดูแลบุคคลผู้ต้องพึ่งพา และกลุ่มบุคคลที่ต้องการการพยาบาล

Friedman (1997) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง องค์ประกอบของบุคคล ตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่า 2 คนขึ้นไป ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันมีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน ซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันหรือใกล้กัน และครอบครัวทำหน้าที่เป็นสื่อเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับสังคมที่ใหญ่ออกไป

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนหรือมากกว่า 2 คนขึ้นไป ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันมีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุข มีการพึ่งพาสันสนุน ดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย โดยมีความปรารถนาดีต่อกัน ซึ่งอาจจะอาศัยอยู่ร่วมกันหรือใกล้เคียงกันหรือต่างที่อยู่กัน หรืออาจสืบสายโลหิตเดียวกันหรือไม่สืบสายโลหิตเดียวกัน

4.2 ความหมายของการมีส่วนร่วม (participation / involvement)

การให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (participation / involvement) ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล ดังนั้นการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมสามารถสรุปได้ดังนี้

Chambers dictionary ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมดังนี้ (Coyne, 1996)

1. การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ (to have a share) หรือการเข้าไปมีส่วนร่วม (take part in)
2. การมีส่วนร่วมในการกระทำ (the act of participation)

3. การเข้าร่วมในสิ่งที่มีอารมณ์สนใจ (to engage the emotional interest of)

Brownlea (1987) อ้างใน Coyne (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการบริการหรือประเมินผลการบริการ หรือการเป็นผู้ให้คำปรึกษา หรือเป็นผู้ขอคำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่างๆ

Cahill (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการกระทำ หรือในสถานการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนในการกระทำ หรือรับผิดชอบ หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนในการตัดสินใจหรือมีส่วนในการบริการหรือการประเมินผลการบริการ หรือการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่างๆ หรือมีส่วนในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น

4.3 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (family participation/ involvement)

การให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว (family participation / involvement) ขึ้นกับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล ดังนั้นการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถสรุปรวบรวมได้ดังนี้

Hanson and Boyd (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความสุขสบายโดยการดูแลร่างกายของบุคคลที่เป็นที่รักระหว่างอยู่โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสมาชิกในครอบครัวได้ดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ตนรักเป็นประจำที่บ้าน การกระตุ้นหรือให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลได้หลากหลายวิธี เช่น ช่วยเหลือดูแลขณะรับประทานอาหาร แปรงฟัน และกิจกรรมอื่นที่ให้ความสุขสบาย

Friedman (1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ และที่ส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย

Welk (1999) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การเป็นผู้ช่วยเหลือโดยตรง หรือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย โดยให้ครอบครัวร่วมกันออกกำลังกายมีส่วนร่วมในการสาธิต และให้ความสำคัญกับประโยชน์ของการพัฒนาสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกถึงความสำคัญในการออกกำลังกาย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล หรือรับผิดชอบดูแล หรือกระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการดูแล หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ

4.4 บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (role of family participation / family involvement)

ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ได้อธิบายไว้ดังนี้

มัลลิกา มัตติโก (2530) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. ครอบครัวต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อน และครอบครัวจะต้องปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระไปจนถึงการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
2. ครอบครัวต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกทุกคน และช่วยกันแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัว
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรคและทำการรักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต แก้วชี้เห็น เตียง เป็นต้น
4. ครอบครัวมีอำนาจในการเลือก และตัดสินใจว่าควรให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติที่ดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิก

Doherty and Campbell (1988) cited in Friedman (1997) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ ซึ่งจะครอบคลุมกิจกรรมดังเช่น มีการจัดเตรียมการให้ความรู้และการสอนสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นรายบุคคล (patient teaching)
2. ครอบครัวสามารถจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้เชิงประสานความร่วมมือกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเตรียมครอบครัวโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร และให้

คำแนะนำแก่ครอบครัว โดยการสอนครอบครัว (family teaching) เพื่อให้ครอบครัวเป็นผู้มาถ่ายทอดให้แก่สมาชิกในครอบครัว

3. ครอบครัวสามารถให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และประสบการณ์การดูแลสุขภาพที่ผ่านมา โดยการผสมผสานการสอนแบบสนับสนุนร่วมกับการให้คำปรึกษาเชิงให้ความรู้ (combination of supporting teaching and educationally focused counseling)

4. ครอบครัวสามารถประเมินครอบครัวตนเอง และกิจกรรมอย่างคร่าว ๆ ได้ โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพและมีปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง โดยครอบครัวสามารถของคำปรึกษาในการประเมิน และการทำกิจกรรมเบื้องต้นได้ (basic family counseling)

5. ครอบครัวสามารถบำบัดรักษาปัญหาทางด้านจิตสังคม และบำบัดปัญหาของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง โดยให้ทักษะขั้นสูงช่วยในการดูแลรักษาสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวสามารถขอคำปรึกษาครอบครัวขั้นสูงได้ (advanced family counseling)

Friedman (1997) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพในครอบครัว ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวเป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการดูแลรับผิดชอบ และดูแลสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น หรือดูแลสุขภาพในครอบครัวเมื่อไม่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดย Friedman (1997) ได้อธิบายบทบาทของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตามสภาวะสุขภาพต่าง ๆ เป็น 6 ระยะ ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (health promotion and illness prevention) โดยใช้กลวิธีของการมีภาวะสุขภาพดีมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตประจำวัน ทำให้มีภาวะสุขภาพดี อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบการดำเนินชีวิตครอบครัว มองภาพในลักษณะของการมีสุขภาพดีหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไป ซึ่งการปรับเปลี่ยนของครอบครัวที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้

2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะที่มีอาการเกิด (symptom experience stage) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะนี้ ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่เป็นไปได้ของการเกิดอาการ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการ และความตระหนัก หรือความใส่ใจต่อการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันสมาชิกในครอบครัวจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ช่วยตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น ๆ

3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (care seeking stage) ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดสมาชิกในครอบครัวจะมีภาวะเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าควรได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (medical contact stage) ครอบครัวทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิ เพื่อทำหน้าที่ส่งผู้ป่วยต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลแบบใดต่อ

5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (dependent patient stage) ครอบครัวสามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วย (patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับใด และพฤติกรรมของผู้ป่วย (patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงระยะเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วในเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

6. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (rehabilitation stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีอาการรุนแรง หรือสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว หรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยได้โดยเร็ว

จากบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวร่วมกับความหมายที่ Friedman (1997) ได้ให้ไว้ สามารถแบ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกครอบครัว ซึ่งได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามาให้การดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรักษาตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนกิจกรรมการรักษาที่บ้าน แก่สมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแล

2. ด้านการกระตุ้นและให้กำลังใจ ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวได้ให้การดูแลทางด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแล ได้แก่ การพูดคุยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความหวังโยและรับรู้ถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

3. ด้านการสนับสนุน ให้คำแนะนำหรือชี้แนะแนวทาง ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวสอน แนะนำสมาชิกที่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับโรค อาการแสดง สาเหตุของการเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมไปถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพ

4. ด้านการตัดสินใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับการรักษา แสวงหาการรักษาพยาบาล ว่าควรได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

5. ด้านการประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลของสมาชิกที่ต้องการการดูแลว่าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหน อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเกิดจากอะไร และสามารถแก้ไขได้หรือไม่

4.5 การประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังนั้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ มีความจำสั้น โมโหง่าย อ่อนเพลีย เป็นต้น ส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และการรับการรักษาของผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ในด้านการดูแลประกอบกิจกรรมต่าง ๆ การกระตุ้นให้กำลังใจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังนั้นรู้สึกท้อแท้จากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องรับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ การสนับสนุน ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษา และการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (1997) มาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งทางด้านสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง

จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลนั้นค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง และได้ทำการสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวของ Friedman (1997) ทั้งหมด 5 ด้าน ซึ่งได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลหรือการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล
2. การมีส่วนร่วมในการกระตุ้นหรือให้กำลังใจ
3. การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ให้คำแนะนำหรือชี้แนะแนวทาง
4. การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัว
5. การมีส่วนร่วมในการประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว

ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมตลอดเวลา มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง มีส่วนร่วมนาน ๆ ครั้งและไม่เคยมีส่วนร่วมเลย

5. ระยะเวลาในการดูแลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล

ระยะเวลาของการดูแลเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแลที่มีผลต่อความชำนาญและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนของรูปแบบตัวกระตุ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยของความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Mishel, 1988 อ้างใน ดาราพรรณ อุทัย, 2545) ระยะเวลาของการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล โดยทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีจากความคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ จนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเคยชิน เกิดการรับรู้และให้ความหมายคาดเดาเหตุการณ์ได้ส่งผลต่อการปรับตัวที่ดี ดังเช่น การศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแล หรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ซึ่งให้เห็นว่าระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานกิจกรรมการดูแลน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindgren (1990) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่าย ด้านการลดความเป็นบุคคลลงได้ ทำให้ผู้ดูแลเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเรียนรู้ในการมีส่วนร่วมในการดูแลได้ แต่ในทางตรงข้ามระยะเวลาที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลได้ (Riffle, 1989) และยังสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเกิดความเครียดขึ้นได้ ดังการศึกษาของ Scott-Bear (1993) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัย ($p < .05$) แสดงว่าการดูแลที่ยาวนานแม้กิจกรรมการดูแลจะน้อยลงแต่ผู้ดูแลกลับเกิดความรู้สึกยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ช่วยมากขึ้น เพิ่มบทบาทในการดูแลได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2538) ซึ่งส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการดูแลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการวิจัยที่ชัดเจนขึ้น

6. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

6.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

Walker & Thompson (1983) กล่าวว่า ความใกล้ชิดสนิทสนม (intimacy) ก็คือสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด เป็นความผูกพันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง และมองว่าสัมพันธภาพมีความซับซ้อน ประกอบด้วยองค์ประกอบของความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความรู้สึกที่สัมพันธภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนับถือและการยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่าง ๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพัน และ

ความรู้สึกมั่นคงในสัมพันธภาพ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

สวณีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522) กล่าวว่า สัมพันธภาพคือการที่บุคคลสองคน หรือมากกว่าสองคนทำความรู้จัก และติดต่อเกี่ยวข้อกันโดยมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน ซึ่งระยะเวลาหนึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปี หลาย ๆ ปี หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและลักษณะของสัมพันธภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างระหว่างพ่อแม่ ลูก จะมีอยู่ตลอดชีวิต

คมสัน แก้วระยะ (2540) กล่าวว่า สัมพันธภาพคือรูปแบบของพฤติกรรมจากการมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น อาจเกิดขึ้นระหว่างคน 2 คน หรือกลุ่มคนก็ได้ โดยการพยายามให้ปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน และเกิดความพอใจกัน เพื่อการนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่บุคคลร่วมกันกำหนดไว้ นอกจากนี้สัมพันธภาพยังเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลพึงให้และพึงรับ เป็นทักษะที่บุคคลใช้เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของความเครียด

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า สัมพันธภาพก็คือ การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่านั้นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความพึงพอใจและให้การยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดเกิดความรู้สึกปลอดภัยมั่นคงในกิจกรรมที่กระทำร่วมกัน

6.2 แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Hall & Lindzey (1966 อ้างใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2533) ได้กล่าวถึงทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan (Harry Stack Sullivan's Theory of Interpersonal Relationship) ไว้ดังนี้ จากแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพของ Sullivan เขาเห็นว่า ตลอดเวลาที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน และกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยที่สิ่งแวดล้อมนี้จะรวมทั้งบุคคลและสภาพการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของแต่ละบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลอื่นมองเขาและเข้าใจเขา มนุษย์มีความปรารถนาพื้นฐาน 2 ประการ คือ ความพอใจ (satisfactory) และความมั่นคง (security) ซึ่งพื้นฐานทั้ง 2 ประการนี้จะทำให้บุคคลเกิดมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ Sullivan ยังได้กล่าวถึง การพัฒนาบุคลิกภาพตามทัศนะของเขาด้วยว่า การพัฒนาแต่ละขั้นตอนของชีวิตขึ้นอยู่กับโอกาส และความต้องการความต้องการอย่างเหมาะสมย่อมพัฒนาบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ แต่ในทางตรงข้ามหากในแต่ละขั้นตอนของชีวิตมนุษย์ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม ย่อมทำให้เกิดปัญหาในการพัฒนาบุคลิกภาพและการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่น

จากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์ที่ Sullivan ได้กล่าวไว้ Peplau (1962 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528) มีแนวคิดที่สอดคล้องกับ ทฤษฎีสัมพันธภาพของ Sullivan เขามีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนประกอบด้วยลักษณะความต้องการทางชีววิทยา สรีรวิทยาและด้านสัมพันธภาพ ซึ่งผลของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ พัฒนามาจากพื้นฐานการพัฒนาบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารก จวบจนชีวิตของมนุษย์ พัฒนาการนี้เป็นไปเพื่อให้ชีวิตมีความสุขและมีประโยชน์ บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวล ความรู้สึกเหล่านี้เกี่ยวข้องกับระดับความปรารถนาที่แต่ละบุคคลกำหนดเอาไว้ บุคคลจะจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมจึงมีความมุ่งหมายให้ตนเองรู้สึกพอใจและรู้สึกมั่นคงมากขึ้น อาจเรียกได้ว่าพฤติกรรมการดำรงตนที่แสดงออกนี้เป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตน (George, 1985 อ้างใน อัมพร กุลเวชกิจ, 2539)

จากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan และ Peplau ดังกล่าวนี จะเห็นได้ว่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เกิดขึ้น เพื่อดำรงรักษาตนเองและภาวะสุขภาพจิตที่ดีทั้งของตนเองและบุคคลอื่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นจะดำเนินไปได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับทักษะทางสังคมแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้บุคคลที่เป็นคู่บทบาทซึ่งกันและกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ฟังพอใจซึ่งกันและกัน เช่น ความสนใจในกันและกัน ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความยินดีที่รับใช้หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้กล่าวไปแล้ว สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เป็นความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานมาจากความรักใคร่ผูกพัน การดูแลให้ความช่วยเหลือ ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพอีกรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ ซึ่งมักเกิดขึ้นคู่กับบทบาทในกรณีที่ฝ่ายหนึ่งเป็นฝ่ายที่ให้การช่วยเหลือ และอีกฝ่ายหนึ่งได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งมีรายละเอียดที่สอดคล้องและมีพื้นฐานมาจากสิ่งเดียวกัน คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้ต้องการการช่วยเหลือ

การที่บุคคลผู้ให้การช่วยเหลือจะสร้างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือให้เกิดขึ้น และประสบความสำเร็จนั้น ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบพอสรุปได้ดังนี้ (ศรีสวาท ชัยครุณ, 2537)

1. การมีความรู้สึกร่วม (empathy) คือ การที่ผู้ให้ความช่วยเหลือเข้าใจความรู้สึกของผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างลึกซึ้ง โดยยังคงความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองไว้ได้
2. การยอมรับนับถือ (respect) คือ การให้เกียรติและยอมรับในความสามารถของผู้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา รวมทั้งการยอมรับความเป็นบุคคล และเอกลักษณ์ของบุคคลของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือด้วย

3. การแสดงออกอย่างอบอุ่น (warmth) คือ การที่ผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้ให้การช่วยเหลือมีความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแล ความรักและความเอาใจใส่นี้เป็นเหตุให้ผู้รับการช่วยเหลือประสบความสำเร็จ เล็งเห็นคุณค่าแห่งตนในที่สุด

4. การมองเห็นจุดสำคัญอย่างถูกต้อง (concreteness) คือ การที่ผู้ให้การช่วยเหลือได้ให้ความช่วยเหลือ และได้รับการช่วยเหลือได้รับการตอบสนองได้ถูกต้องตามความต้องการ

5. การมีความซื่อสัตย์จริงใจ (genuineness) คือ การแสดงความจริงใจอย่างแท้จริงจากส่วนลึกในใจ

6. การเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) คือ การเสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้รับการช่วยเหลือ

7. ความสามารถติดต่อสื่อสาร (communication) คือ การช่วยเหลือจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน และมีความถูกต้อง

จากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะมีสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือต่อกันนั้น จะต้องประกอบไปด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน นั่นคือ การมีการยอมรับซึ่งกันและกัน และพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์หรือการแสดงออกถึงการช่วยเหลือต่อกัน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างบุคคลนั้นก่อให้เกิดความพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่ง Phillip (1989) ได้เสนอบทความเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ซึ่งสาระสำคัญของบทความถึงการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ พอจะสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ จะเกิดขึ้นได้นั้นต้องประกอบด้วยการมีการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติหน้าที่การผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงวัยนั่นเอง สาระสำคัญในบทความดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงพอสรุปเป็นองค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุได้ 2 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ (คมสัน แก้วระยะ, 2540)

1) การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ หมายถึง การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ โดยมีพื้นฐานมาจากความรักใคร่ผูกพัน ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ดูแล ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การยอมรับและให้เกียรติ ความสามารถในการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุได้ ซึ่งผู้ดูแลที่รับผิดชอบผู้สูงอายุนั้นจะต้องมีการยอมรับในตัวผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อจะได้มีการแสดงบทบาทหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อถือไว้วางใจกันอันเป็นพื้นฐานนำไปสู่การยอมรับในที่สุด จึงส่งผลให้มีการติดต่อสัมพันธ์กันมากขึ้น ทำให้เกิดความ

ต้องการที่จะติดต่อสื่อสารกันอยู่เสมอ ซึ่งรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์กันนั้นจะแสดงออกในรูปของการมีสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ การแสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ดี รวมทั้งการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และความรู้ต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

6.3 การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

Walker & Thompson (1988) ได้สร้างแบบสอบถามความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy Scale) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพมีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต 6 ระดับ นอกจากนี้มีคำถามปลายเปิด 1 ข้อเป็นคำถามที่ให้ผู้ดูแลตอบได้อย่างอิสระเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยก่อนและขณะที่ผู้ดูแลรับบทบาทการดูแล คำถามปลายเปิดนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการอภิปรายและวิเคราะห์ถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้นำแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมมาจากแบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความรักใคร่ผูกพัน การเปิดเผย ความตึงเครียด และความกังวล ได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่ามีองค์ประกอบตามที่กำหนดไว้ น้ำหนักรายข้อขององค์ประกอบ (loading) เฉพาะส่วนของความใกล้ชิดสนิทสนมมีค่ามากกว่า 0.50 และเมื่อนำแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมมาตรวจสอบในกลุ่มนักศึกษาที่มารดาวัยกลางคนจำนวน 132 คู่ และกลุ่มบุตรสาววัยกลางคนกับมารดาสูงอายุจำนวน 107 คู่ ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในชนิดสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง 0.91 - 0.97

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ได้นำเครื่องมือแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker & Thompson (1983) มาแปลและนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำเรียบร้อยแล้ว ได้นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือกับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.90 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.91

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยของเพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) เนื่องจากแบบชุดนี้ได้พัฒนาใช้กับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและ

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 - 0.91 โดยผู้วิจัยได้ตัดแปลงและปรับมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับเป็น 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสะดวกในการวิเคราะห์คำตอบและปรับภาษาและข้อความคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมและชัดเจนกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยความรัก ความเข้าใจอันดี ความผูกพัน เอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือปกป้อง และการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยกระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นที่ละเล็กทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญต่อระบบการดูแลและคุณภาพในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล แต่พบการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทหรือความพึงพอใจในการดูแล ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวทั้งในด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแล เนื่องจากการปรับตัวจะช่วยในการเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ (Walker, 1995) เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ที่ต้องการการดูแล ย่อมเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล (นิศากร แก้วพิลา, 2545) นอกจากนี้การปรับตัวยังส่งผลต่อขวัญและกำลังใจ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแล ซึ่งเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจย่อมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การปรับตัวนั้นเป็นตัวแปรที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้ ดังการศึกษาของ Walker (1990 อ้างใน กรรณิกา คงหอม, 2546) ถึงการรับรู้สัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงกับความพึงพอใจในผู้ดูแล ในกลุ่มบุตรสาวที่ดูแลมารดาสูงอายุจำนวน 133 ราย ซึ่งให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดากับผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ไม่เปลี่ยนแปลง มีความพึงพอใจในการดูแล มีความสุขในการดูแล รู้สึกว่าการดูแลเป็นสิ่งที่น่าสนใจ การดูแลเป็นรางวัลที่ดี การดูแลนำไปสู่สิ่งที่ดีมาสู่ตน และการดูแลเป็นเรื่องง่ายมากกว่ากลุ่มที่มีสัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวกับมารดาไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ ทิตยา ทิพย์สำเนียง (2543) ที่ทำการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลที่ดี มีความพึงพอใจในการดูแล ส่งผลต่อการเข้ามามีส่วน

ร่วมในการดูแลของผู้ดูแล ในขณะที่เดียวกันถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และเกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดี รวมไปถึงพฤติกรรม การดูแลที่ไม่ดีด้วย (Wilson, 1991) มีผลทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังเช่น การศึกษาของ Kramer (1993) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในกลุ่ม ภรรยาที่ดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์จำนวน 72 ราย พบว่าสัมพันธ์ภาพทางลบระหว่างคู่ สมรสก่อนการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและมีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการดูแลต่อผู้ดูแล สำหรับการเผชิญปัญหาพบว่าภรรยาผู้ดูแลที่ เผชิญปัญหาด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับความพึงพอใจใน การดูแล จะเห็นได้ว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจในการดูแลของผู้ดูแล และส่งผลให้เกิด การมีส่วนร่วมในการดูแลก็คือ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่ต้องการการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องถึงแม้จะไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับการมีส่วนร่วมในการดูแลก็ตาม แต่ก็สะท้อนให้เห็นถึง สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ เกิดความเชื่อ ในพฤติกรรมดูแล และประเมินว่ามีความท้าทายส่งผลต่อการเรียนรู้การเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแล และช่วยในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลให้ดีขึ้น

7. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

7.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัยตั้งแต่ ประมาณปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ด้วยเหตุที่การสนับสนุนทางสังคมมีผลหรือมีอิทธิพลต่อภาวะ สุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ (Cohen & Syme, 1985 อ้างใน กรรณิกา คงหอม, 2546) จึงมี ผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายดังนี้

Weiss (1974 : 17-26) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ผูกพันและความใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงการมีคุณค่าใน ตนเองและการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

Cobb (1976 :300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการให้ข้อมูลหรือ ข่าวสารที่ทำให้บุคคลเข้าใจว่า มีคนรัก คนสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและความรู้สึกว่า ตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน และมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือ ผู้อื่น

House (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือว่าไว้ใจ การสนับสนุนทางความคิดตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการ

ต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึก ว่าพึงพอใจกับการที่มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคม และรับรู้หรือรู้สึก ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลในสังคม

7.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ องค์ประกอบด้านโครงสร้างการทำหน้าที่ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมโดยในส่วนของโครงสร้างหรือเครือข่ายทางสังคมหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Brandt & Winert, 1981) ซึ่งลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมนั้นจะเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดของกลุ่มสังคม ลักษณะความผูกพัน ระยะเวลาและวิธีใช้ในการติดต่อ (Norbeck, 1991) โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือส่งผลเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโดยปกติจัดแบ่งเป็น 2 ประเภท (จริยวัตร คมพยัคม, 2531) คือ

1) กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน หรือเรียกกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ

2) กลุ่มทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ หรือเรียกว่ากลุ่มช่วยเหลือในวิชาชีพ แต่เมื่อพิจารณาแหล่งขงการสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพจะแบ่งได้เป็น 5 กลุ่มคือ

1) กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง

2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนบ้าน

3) กลุ่มบุคคลทางศาสนา

4) กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

5) กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม Brandt & Weinert (1985) เห็นว่าในบุคคลแต่ละคนนั้นจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มบิดามารดา กลุ่มบุตร กลุ่มคู่สมรสหรือกลุ่มบุคคลใกล้ชิดและบุคคลสำคัญในชีวิตกลุ่มญาติหรือบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน กลุ่มพระหรือนักบวช กลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ กลุ่มหน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกลุ่มอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าการแบ่งกลุ่มของแหล่งสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้มีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของนักวิจัยแต่ละคน แต่อย่างไรก็ตามสำหรับการทำหน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งชนิดและปริมาณที่เหมาะสมสำหรับบุคคล เพื่อให้บุคคลบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

7.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่ามีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ที่ทำการศึกษาดังเช่น

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนก้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับเกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Brandt and Weinert (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม (attachment) หมายถึง เป็นสัมพันธ์ภาพแห่งความใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรัก ดูแล เอาใจใส่ เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย
2. ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social intregation) หมายถึง เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังใจ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร เกิดความหวังใยและเข้าใจกัน ถ้าขาดความสัมพันธ์

กันนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อนขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษาและเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ ขาดกำลังใจละสิ้นหวัง

3. ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต หรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้

4. ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) หมายถึง การได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถและเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่ามีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (assistance) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

สมจิต หนูเจริญกุล (2531) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรค
2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์
3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการให้สิ่งของ การบริการ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt and Weinert (1985) เนื่องจากเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลจะได้รับครอบคลุมความต้องการพื้นฐาน ทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ด้านสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งเป็นการสนับสนุนที่ผู้ดูแลจะให้แก่บุคคลอื่น ๆ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ก่อให้เกิดกำลังใจต่อผู้ดูแลในการดูแลและรับผิดชอบ และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ ต้องพึ่งพาให้แก่ผู้ดูแลอีกด้วย

7.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละคน ซึ่งการนำเครื่องมือแต่ละเครื่องมือมาใช้ต้องมีแนวคิดทฤษฎีเป็นแนวทาง ผู้วิจัยสามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ด้วยเครื่องมือหลายแบบ แล้วแต่ว่าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของท่านใดเป็นแนวทาง เช่น

- 1) เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb ซึ่งสร้างโดย Caplan (1979)

2) เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn ที่เรียกว่า Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ซึ่งสร้างโดย Norbeck (1988)

3) เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss ที่เรียกว่าแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล The Personal Resource Questionnaire ซึ่งสร้างโดย Brandt and Winert (1981)

4) เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Thoits

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลของ Brandt and Winert (1981) เนื่องจากเป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคมได้หลายมิติ และเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม โดยจะสอบถามถึงความเพียงพอของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจของบุคคลซึ่งใช้แนวคิดของ Weiss (1981) รวบรวมประเด็นหลักของการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างครบถ้วน แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (The Personal Resource Questionnaire Part 1) เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลซึ่งระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการช่วยเหลือ เป็นแหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือนั้น

2) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire Part 2) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดแล้ว พบว่าเนื้อหาส่วนใหญ่มีความซับซ้อนกัน จึงเลือกใช้เฉพาะส่วนที่ 2 เท่านั้น โดยแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนที่ 2 ของ Brandt and Winert (1981) นั้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว โดยการทดสอบความตรงตามคำทำนาย ความตรงตามความพึง และความตรงเชิงโครงสร้าง

การทดสอบความตรงตามคำทำนาย Brandt and Winert (1981) ใช้เครื่องมือดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning Index) และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) เฉพาะหมวดความเห็นพ้องกันของคู่สมรสและความพึงพอใจในคู่สมรส เป็นตัวเกณฑ์ในการทดสอบกับคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 149 ราย พบว่าแบบวัดชุดนี้มีความสัมพันธ์กับดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว ($p < .001, r = .44$) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ($p < .001, r = .30$) และความพึงพอใจในคู่สมรส ($p < .001, r = .41$) จึงสนับสนุนว่าแบบวัดชุดนี้สามารถทำนายการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้

การทดสอบความตรงตามความพึง Gibson & Winert (1989) ใช้แบบสอบถามชุดนี้ทดสอบความตรงตามความพึงกับแบบประเมินชุดอื่น ๆ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่าแบบสอบถามชุดนี้มีความสัมพันธ์กับแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคล ($p < .001, r = .74$) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ($p < .01, r = .50$) และพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม

($p < .001$, $r = .40$) การทดสอบความตรงตามโครงสร้าง Winert (1987) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบของแบบประเมินพบว่าแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบนี้ คือ 1) ความใกล้ชิดผูกพันและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ 2) การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน 3) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และหาความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบนี้พบว่าสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และสามารถแยกออกจากกันได้แสดงถึงแบบวัดชุดนี้เป็นโครงสร้างหลายมิติ

การทดสอบความเที่ยงโดยการหาความสอดคล้องภายใน Winert (1987) นำแบบประเมินชุดนี้ไปใช้กับผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .89 รายด้านมีดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนมเท่ากับ .73 ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .66 ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .64 ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ .78 ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เท่ากับ .71

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้นำแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของ Brandt and Winert (1981) มาใช้ในผู้ดูแลซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) มาทดสอบความคงที่ของแบบสอบถามชุดนี้ด้วยการทดสอบซ้ำกับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดสมองและไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บจำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ .90 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลจำนวน 104 ราย แล้วหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .91 รายด้านมีดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพันสนิทสนมเท่ากับ .74 ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .67 ด้านการมีโอกาสหรือการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .82 ด้านการรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ .73 ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เท่ากับ .83

สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) ได้พัฒนาแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) โดยวัดการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับใน 5 ด้าน คือ 1) ด้านความรักใคร่ผูกพัน 2) ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) ด้านมีโอกาสในการเลี้ยงดู 4) ด้านการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วยด้านบวก 20 ข้อ และข้อความด้านลบ 5 ข้อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 และเมื่อนำไปใช้ในงานวิจัยกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 210 รายพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .85

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ สายธรรม วงศ์ สถิติวิไลรุ่ง (2540) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 – .85 โดยผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามบางส่วนให้เหมาะสมกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง

7.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล

ในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น สังคมเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ เนื่องจากการได้รับความร่วมมือร่วมใจในการช่วยเหลือทางด้านวัตถุและแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุ และจัดการกับภารกิจต่าง ๆ เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ เกิดการเรียนรู้ในการมีส่วนร่วม และมีความเต็มใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล แต่พบว่าส่วนใหญ่ในการศึกษาจะทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวและพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งตัวแปรเกี่ยวกับการปรับตัวนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดขวัญและกำลังใจและความมั่นใจในการดูแล (จริยาวัตร คมพยัคม, 2531) ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแล เกิดการเรียนรู้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของ ดาราพรรณ อุทัย (2545) และ กรรณิกา คงหอม (2546) ที่ทำการศึกษากี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวในผู้ดูแล พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้จากการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ที่ทำการศึกษากี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ ประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) ที่ทำการศึกษากี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ในการศึกษาของ Scholt (1998) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 25 ราย พบว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่าจะไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล แต่พบการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปรับตัว พฤติกรรมในการดูแลและรวมไปถึงความพึงพอใจในการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ เกิดขวัญและกำลังใจ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ที่ต้องการการดูแล ส่งผลต่อการเรียนรู้ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลได้ ฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งจึงน่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้เช่นกัน

8. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล

สุขภาพ หรือ ภาวะสุขภาพ (health status) ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้กลไกการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายของบุคคลอยู่ในภาวะสมดุล ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล (Orem, 1991) มีความสามารถในการดูแลสามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ เกิดภาวะเครียดต่ำในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพร่องในด้านการดูแลตนเองได้ (นิศากร แก้วพิลา, 2545) ดังเช่นการศึกษาของ เอลิม วงษ์จันทร์ (2539) ที่ทำการศึกษานิสิตในผู้ดูแลเด็กสมองพิการ และ นันทวรรณ พุทธวรรณ (2545) ที่ทำการศึกษานิสิตที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ ซึ่งตรงกันข้ามผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะที่มีการเจ็บป่วยซึ่งมีภาวะเครียดเกิดขึ้นในร่างกายสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของการทำงานในระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเคลื่อนไหวและการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้ลดลงและยังมีผลต่อภาวะทางจิตอารมณ์ ทำให้ความอดทนต่อสิ่งรบกวนได้น้อยลงเกิดความเครียดได้ง่าย ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นไปได้ไม่ดี มีผลให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย จึงอาจเป็นไปได้ว่าในผู้ดูแลที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจะมีการรับรู้ประสบการณ์การดูแลว่ามีความเครียดสูง ดังเช่นการศึกษาของ วิภารัตน์ นาวารัตน์ (2545) ที่ทำการศึกษานิสิตของภาควิชาการขาดแหล่งประโยชน์ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ นันทวรรณ พุทธวรรณ (2545) ซึ่งทำการศึกษานิสิตที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง พบว่า ความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาด้านการดูแลและส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต่อไป

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การสร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลนั้น Ware (1986 cited in Ware & Sherbourne, 1992) ได้สร้างเครื่องมือที่มีชื่อว่า The Short Form-36 (SF-36) โดยพัฒนาจากแบบวัดที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะของโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกับการทำงาน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ดูแลในทุกกลุ่มอายุ โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.77 - 0.90 ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยประกอบด้วยแนวคิดที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งหมด 8 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย 2) ข้อจำกัดเมื่อมีปัญหาสุขภาพร่างกาย 3) ข้อจำกัดเมื่อมีปัญหาทางสภาพอารมณ์ 4) การเจ็บปวดของร่างกาย 5) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต 6) การทำกิจกรรมทางสังคม 7) ความรู้สึกกระปี้กระเป่า และ 8) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

วิการ์ตัน นาวาร์ตัน (2545) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (SF-36 Health Survey) พบว่า เมื่อนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และเมื่อนำไปใช้จริงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

นอกจากนี้ Ware & Sherbourne (1992) ได้พัฒนาเครื่องมือ The Short Form-12 (SF-12) Health Survey ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้พัฒนามาจาก The Short Form-36 (SF-36) และมีลักษณะของข้อคำถามที่เหมือนกัน โดยลดข้อคำถามให้ง่ายและเหมาะสมต่อการวัดภาวะสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้ดูแล และใช้เวลาไม่นาน โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 12 ข้อ ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกับการทำงาน โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (SF - 12 Health Survey) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ Ware & Sherbourne (1992) ได้พัฒนามาจากการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะของโรคเรื้อรัง และมีข้อคำถามที่ผู้ดูแลสามารถประเมินตนเองได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแปล The Short Form-12 (SF - 12) Health Survey โดยใช้แนวข้อคำถามเดิมของ วิการ์ตัน นาวาร์ตัน (2545) ที่ใช้ The Short Form - 36 (SF - 36) Health Survey ในการศึกษา ซึ่งลักษณะของข้อคำถามในแบบวัดทั้ง 2 ชุดเป็นข้อคำถามเดียวกัน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี

9. ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

9.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ (attitude) ในปัจจุบันได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความไว้มากมาย ดังนี้

Fishbien (1967) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติ คือ ความโน้มเอียง ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ที่จะแสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในการสนับสนุนหรือไม่สนับสนุน ทัศนคติเกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม และเป็นเครื่องกำหนดพฤติกรรม

Kretch และ Crutchfield (1984) ได้ให้ความหมายว่า ผลรวมของกระบวนการที่ก่อให้เกิดภาพการจูงใจ อารมณ์ การยอมรับและเชาวน์ปัญญา (cognitive) ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของบุคคล

ปรียดา เชิดชูเกียรติสกุล (2537) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติ คือ สถานภาพทางจิตใจของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ และทำให้เกิดความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ บุคคลต่าง ๆ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในด้านบวกและด้านลบ เช่น ชอบ ไม่ชอบ สนับสนุน หรือต่อต้าน

วิลาวรรณ ศรีงาม (2537) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติ เป็นสิ่งที่มีอยู่ในใจ เกิดจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ ทำให้เกิดความเชื่อ ความชอบ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออก 2 ลักษณะ ได้แก่ ทัศนคติทางบวกเมื่อรู้สึกชอบและแสดงการยอมรับโดยพร้อมที่จะเข้าหา หรือแสดงการปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงหรือไม่ชอบ ซึ่งเป็นทัศนคติทางลบ และทัศนคตินี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าได้รับความรู้หรือประสบการณ์ใหม่

จากความหมายข้างต้นจึงอาจสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง การรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมทั้ง 2 ลักษณะ ได้แก่ ทัศนคติทางบวกและทางลบ

9.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

จากความหมายข้างต้น สามารถแยกแยะองค์ประกอบของทัศนคติเป็น 3 ส่วน คือ (Rosenberg and Hovland, 1960 อ้างใน แสงเดือน คงวิวัฒนากุล , 2541: 28)

1. องค์ประกอบทางด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognitive component) ซึ่งเป็นเรื่องของความเชื่อ (belief) การรับรู้ (perception) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งในทางบวกหรือทางลบ
2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (affective component) เป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก และค่านิยมส่วนตัว ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทำให้เกิดทัศนคติในทางใดทางหนึ่งต่อเรื่องนั้น ๆ เช่น ชอบหรือไม่ชอบ

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (behavioral component) เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทางใดทางหนึ่ง เช่น พร้อมที่จะช่วยเหลือหรือพร้อมที่จะต่อต้าน

องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จนบางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันได้เด็ดขาด ซึ่งผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกดังนี้ (O' Brien, 1975 อ้างใน สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง, 2540)

- 1) การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และยอมรับช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2) มีความตั้งใจที่จะตอบสนองความต้องการที่คงไว้ซึ่งสภาพของความอยู่ดีมีสุข และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สุขสบายตามสภาวะที่เป็นอยู่
- 3) มีความตั้งใจจริงที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมของชุมชน และโปรแกรมต่างๆ ที่จัดให้ตามสภาวะของผู้สูงอายุ
- 4) เอาใจใส่ต่อความผาสุกของผู้สูงอายุอย่างจริงใจ
- 5) เข้าใจและสนใจความสูญเสียของผู้สูงอายุที่ประสบอยู่
- 6) ยอมรับความสามารถและความจำกัดของผู้สูงอายุ
- 7) ศึกษาหาความรู้ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

จะเห็นได้ว่า ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก เนื่องจากทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับผู้สูงอายุและเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างดี มองเห็นว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่าพอใจ และเกิดความพึงพอใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลลดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ อารมณ์และมีการปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

9.3 เครื่องมือวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบของทัศนคติ และจะต้องวัดเป็นภาพรวม ๆ โดยพิจารณาจากกิริยาท่าที การตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายด้านหลายประการรวมกัน นอกจากนั้นการวัดทัศนคติ ยังต้องบ่งบอกถึงปริมาณ ความมากน้อยของทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้า และทิศทางไปในทางบวกหรือทางลบด้วย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2537 : 128)

เครื่องมือวัดทัศนคติมีหลายชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยที่ผู้ให้ข้อมูลตอบเองหรืออาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ เครื่องมือมีดังนี้คือ 1) Equal Appearing Interval (Thurstone's Method) 2) Summated Ratings (Likert's Method) 3) Semantic differential (Osgood's Method) 4) Scalogram Analysis (Guttman's Scale) 5)

Guilford' s Method 6) Social Distance Scale 7) Sociometry 8) Projective Techniques
(ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537:228)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวัดทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุของ สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) โดยใช้แนวคิดของ O' Brien (1975) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติ คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ตามองค์ประกอบของทัศนคติทั้ง 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านความรู้ องค์ประกอบด้านความรู้สึกและองค์ประกอบด้านการปฏิบัติ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ตัดแปลงและลดข้อคำถามบางข้อที่ไม่เกี่ยวข้องหรือมีข้อความที่มีความหมายซ้ำกันซึ่งเหลือเพียง 10 ข้อคำถาม โดยลักษณะการตอบคำถามนี้มีให้เลือก 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่ามีลักษณะของความเห็นด้วย หรือลักษณะของความไม่เห็นด้วย

9.4 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก เนื่องจากทัศนคติของคนเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ โดย Lewin (1994 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติและพฤติกรรมสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมจะมีผลต่อองค์ประกอบของทัศนคติทั้งทางด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognitive component) และองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (behavioral component) ดังนั้นการมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการให้ผู้ดูแลเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลยอมรับและเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และเกิดความพึงพอใจที่จะปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลลดความตึงเครียดด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการปรับตัวต่อการดูแลได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังเช่นการศึกษาของ สายธรรม สถิตวิไลรุ่ง (2540) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุจรินทร์ พัดน้อย (2545) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในด้านการดูแลของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ถ้าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุเมื่อต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่ยินดี และแสดงออกโดยการปฏิเสธ หลีกหนี หรือก้าวร้าวรุนแรงในด้านการดูแลได้ดังการศึกษาของ Gillard (1986 อ้างถึงในวรรณิกา สมนาวรรณ 2537) ที่ศึกษาถึงทัศนคติของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านจำนวน 129 คน พบว่า ญาติส่วนใหญ่ร้อยละ 79 มีความเห็นว่า พวกเขายังสามารถให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยังมีความคิดเห็นว่าจะใช้เวลาดูแลน้อยลงกว่าที่ทำอยู่ แต่การส่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมเหล่านี้ไปอยู่สถานพยาบาลหรือสถานดูแลก็ทำให้พวกเขารู้สึกสบายใจ ใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์ และคณะ (2543) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเบื่อหน่ายและรำคาญต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ซึ่งอาจพิจารณาส่งผู้สูงอายุไปอยู่โรงพยาบาลหากมีอาการทรุดลงหรือหากต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์

10. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีของการดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้มีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านมากขึ้น ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจึงมีมากขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพ ความปลอดภัยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวดังนี้ (พวงรัตน์ บุญยานุรักษ์, 2537: 112)

10.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทดังนี้

10.1.1 การสร้างความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้

10.1.2 การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการสร้างสุขภาพครอบครัวให้ดี โดยทุก ๆ คนมีบทบาทในการร่วมสร้างสุขภาพ

10.1.3 การพัฒนาบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นสามี ภรรยา บุตร-หลาน หรือญาติใกล้ชิด โดยพยาบาลจะต้องเตรียมบุคลากรเหล่านี้ให้พร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

10.2 ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการเกิดโรค มีบทบาทดังนี้

10.2.1 การดูแลครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ กาย-จิต-สังคม ความเสี่ยงทางสุขภาพจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวได้อีกมาก เช่น ครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เป็นต้น

10.2.2 การป้องกันการเกิดโรคโดยวิธีการสร้างภูมิคุ้มกันทั้งในเด็กและผู้สูงอายุ ซึ่งครอบครัวควรได้มีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

10.2.3 การดูแลสมาชิกในครอบครัวตามลำดับขั้นพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่ก่อนเกิดจนตาย สมาชิกในครอบครัวควรมีบทบาทร่วมด้วย

10.2.4 การป้องกันความพิการ และการเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งจะเกิดได้กับผู้ที่เจ็บป่วยแล้วต้องกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคกระดูก เป็นต้น

10.3 ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ มีบทบาทดังนี้

10.3.1 บทบาทของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีกิจกรรมมากมายที่ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมได้ โดยจะต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสม และเอื้อต่อการแสดงบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น เวลาเยี่ยมผู้ป่วย การวางแผนให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นต้น

10.3.2 บทบาทของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยมีส่วนร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning)

10.3.3 บทบาทของพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) โดยสรุปบทบาทของพยาบาลยังคงอยู่ในขอบข่ายเดิมที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติ ได้แก่

- 1) บทบาทด้านการสอน และให้ข้อมูล (health teaching)
- 2) บทบาทในด้านการให้คำปรึกษา (health counseling)
- 3) บทบาทด้านการดูแลโดยตรง (health care providing)
- 4) บทบาทด้านการสนับสนุนการส่งเสริม (supportive)

บทบาทที่กล่าวมานี้พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้วโดยต้องขยายผลให้มีความชัดเจนออกไปสู่ครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อถึงการบริหารจัดการ การจัดการเรียนการสอนแก่

นักศึกษาพยาบาล รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล-บ้าน และชุมชน

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว พบว่ามีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

กาญจนา ศิริวราศัย (2536) ที่ทำการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวัง การปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และสัมพันธภาพในครอบครัวยังสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 51.70

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 ราย ผลการวิจัยพบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วยมีผลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมและร่วมทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 27 แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงในทางลบความต้องการในการดูแลมีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด และทั้งหมดร่วมกันทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ว่าเป็นความเครียดได้ร้อยละ 12 แรงสนับสนุนทางสังคมและความต้องการในการดูแล มีผลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดี และร่วมกันทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่ามีผลดีได้ร้อยละ 19 การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าดี ความเครียดเป็นความเครียดมีผลโดยตรงในทางบวกกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและร่วมทำนายความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19

ชนิตา มณีวรรณ (2537) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน จำนวนกลุ่มละ 110 ราย ในส่วนของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 31.8 เป็นบุตรสาว ต้องดูแลผู้ป่วยวันละ 10-24 ชั่วโมง พบว่ามีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและการดูแล ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านสังคม เศรษฐกิจและการดูแล ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

กาญจน์ สิทธิวงศ์ (2539) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาการทำนายภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากปัจจัยพื้นฐานด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เพศ จำนวนปีการศึกษา และระยะเวลาการดูแล พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำมีค่าเท่ากับ 34.92 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงมีค่า 60.51 คะแนนและสามารถทำนายภาวะการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13

คมสัน แก้วระยะ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 210 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และสามารถรวมพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีประสิทธิภาพการพยากรณ์ร้อยละ 47.26

นงลักษณ์ พันชมภู (2540) ทำการศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าคุณสมบัติของผู้ดูแลควรเป็นสมาชิกในครอบครัว ควรเป็นผู้มีความสามารถในการดูแล สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลาและเข้าใจผู้ป่วย และปัจจัยเอื้อต่อคุณภาพในการดูแล คือ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี

สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแล ความสามารถในการดูแล การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีประสิทธิภาพในการพยากรณ์ร้อยละ 19

ประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สุมนา แสนมาโนช (2541) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกพบว่า การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักนั้น ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีจำนวนวันที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ทิตยา ทิพย์สำเนียง (2543) ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 100 ราย พบว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ($r = .15, p < .01$)

ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ (2543) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย พบว่า ระดับความเครียดในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแล ระยะเวลาในการป่วย แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายเสื่อมถอยลง และมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหลังการดูแลลดลง

วิทยา ผีกฝน (2544) ศึกษาผลการส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้แผนการส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แบบสัมภาษณ์ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดารารพรรณ อุทัย (2545) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 79

นันทวรรณ พุทธวรรณ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง พบว่าความสามารถของผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความเครียดและการรับรู้ภาวะ

ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ และปัจจัยด้านความสามารถในผู้ดูแลสามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27.7

วิภารัตน์ นาวารัตน์ (2545) ทำการศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย ที่ติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาการขาดแหล่งประโยชน์และความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -.572$, $r = -.658$, $p < .01$) สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50

กรรณิกา คงหอม (2546) ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี การประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลว่าทำหาย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรียะดา ภัทรสัจจธรรม (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Baille, Norbeck & Barnes (1988) ศึกษาความเครียดของผู้ดูแลและการเกือบหนทางสังคม โดยศึกษาจากสมาชิกในครอบครัว 87 ราย ส่วนใหญ่เป็นหญิง โดยที่เป็นบุตร ญาติ คู่สมรสและเพื่อนตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ใจ และอารมณ์ซึมเศร้า ส่วนความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการดูแล และอารมณ์ซึมเศร้า การวิจัยนี้สนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถบรรเทาความทุกข์ใจ และอาการซึมเศร้าลงได้ ซึ่งจากการวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้มีการวางแผนที่จะช่วยสนับสนุน และให้การดูแล

ทางด้านอารมณ์ และเป็นแนวทางในการจัดหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแล และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางใจ

Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 73 ระบุว่าตนมีสุขภาพดีถึงดีมาก ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีภาวะสุขภาพที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และพบว่ารายได้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และขนาดเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และ 2 เดือน และพบว่าสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและขนาดเครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 53 โดยวัดหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และพบว่ารายได้ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 50 วัดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน

Desrosier (1992) ได้ศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสในผู้ป่วยกระดูกสันหลังผิดรูป พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัว และถ้าผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการเงิน ด้านการดูแลผู้ป่วย และร่วมมือในการบริหารงานบ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

Schott-Barer (1993) ได้ศึกษาถึงภาวะการพึ่งพา ภาระการดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 113 ราย พบว่า ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุแสดงว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากต้องใช้เวลาการทำกิจกรรมการดูแลที่นานขึ้น ในขณะที่ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาที่ดูแลและมี ความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ แสดงว่าผลของภาวะอารมณ์ของผู้ดูแลกับประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมามีมากขึ้นเมื่อดูแลเป็นระยะเวลานานขึ้น ในขณะที่จะน้อยลงเมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย แสดงว่าผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลได้ดีจะเกิดการรับรู้ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยน้อยลง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศในการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในการศึกษาทั้งหมดสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากความสูงวัยและการรับรู้ที่ลดลงจากภาวะของโรค ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแล นอกจากนี้บุคคลที่มีความสามารถในการดูแล จะส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้ (นิศากร แก้วพิลา, 2545) ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ การวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

