

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเมือง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
 - 1.1 การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ
 - 1.2 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
 - 1.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. การปรับตัวของบุคคล
 - 2.1 ความหมายของการปรับตัว
 - 2.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการปรับตัว
 - 2.3 ลักษณะของการปรับตัวที่ดีและการปรับตัวที่ไม่ดี
 - 2.4 การปรับตัวตามทฤษฎีของรอย
 - 2.4.1 การปรับตัวด้านร่างกาย
 - 2.4.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์
 - 2.4.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
 - 2.4.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
 - 3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 ทักษะคติ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) ได้กำหนดให้ผู้ที่มิใช่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) แต่ความสูงอายุหรือความชราภาพ (Aging) ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคน

1.1 การพิจารณาลักษณะความเป็นผู้สูงอายุ หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ สรุป ได้ใน 4 ลักษณะ คือ (สุรกุล เจนอบรม, 2534 ; พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ, 2536 ; ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537; นิศา ชูโต, 2525 ถังใน พรทิพย์ พุ่มไทรย์, 2532)

1.1.1 พิจารณาจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุที่เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ คูที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริง

1.1.2 พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological aging) คูได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ จำนวนของเซลล์ที่ตายจะมีเพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ จะลดลง เช่น ระบบประสาทตา กล้ามเนื้อตาและแก้วตา มักจะมีสายตาวาว ความไวต่อแสง การรับภาพ มีสมรรถภาพลดน้อยลงนัยน์ตา ขุ่นมัว การได้ยินผิดปกติไป มักมีอาการหูตึง กระดูกมีความเปราะพรุน ความสามารถและแรงหดตัวของกล้ามเนื้อลายลดลง ผิวหนังเหี่ยวย่น มีการปรับอุณหภูมิในตัวช้าลง ความสามารถของระบบย่อยอาหารน้อยลง ทำให้ท้องอืดท้องเฟ้อได้ง่าย หลอดเลือดแข็งและยืดหยุ่นน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงของสมอง สูญเสียเซลล์ประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า "โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ" ทำให้มีความเสื่อมของการรู้คิด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (สุวิมล พนาวัฒนกุล, 2535) และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า 4 ใน 5 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

1.1.3 พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological aging) นับรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาด้วย โดยมีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ ระบบความจำ การเรียนรู้ ความคิด ตลอดจนบุคลิกภาพต่าง ๆ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคน การเปลี่ยนแปลงที่พบ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากคูชีวิต เพื่อน หรือบุคคลที่เป็น

ญาติสนิทต้องตายจาก เกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน ก็คือกรณีของอายุขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ อาจมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว เจ็บเหงา เกิดความซึมเศร้า เมื่อหน่าย (สุรกุล เจนอบรม, 2534) และยังถ้าขาดผู้ดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดแรง ท้อแท้เพิ่มขึ้น

1.1.4 พิจารณาจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social aging) จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมไปถึงครอบครัว เพื่อนฝูง การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ทัวไปเป็นสังคมที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มคนสูงอายุในสถานะต่าง ๆ ถ้าสังคมเน้นความสำคัญ และความสำนึกของชนกลุ่มหนุ่มสาวมากกว่า คนสูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ เป็นภาระแก่สังคม การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จากการเกษียณอายุ ก็จะเป็นการลดบทบาทการเกี่ยวข้องกับสังคม กิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมน้อยลง วงสังคมแคบลงและการเกี่ยวข้องกับคนก็จะมีเฉพาะกิจกรรมที่ตนเองเป็นศูนย์กลาง เช่น การเจ็บป่วย เป็นต้น

1.2 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการแห่งวัย จึงมีความจำเป็นที่ญาติผู้ดูแลจะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ สรุปได้ดังนี้คือ (Orem, 1985 ; จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536)

1.2.1 เรียนรู้การป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ หรือจากภาวะของโรคเรื้อรัง โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน และเรียนรู้วิธีการแก้ไขในระยะเริ่มต้น เช่น ควรหลีกเลี่ยงการขึ้น เดินนาน ๆ หรือการเดินขึ้นลงบันไดในผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมเพื่อป้องกันอาการปวดข้อ การควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การพลิกตะแคงตัวในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นอัมพาต เป็นต้น

1.2.2 เรียนรู้เรื่องยาและการรักษา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับยาและการรักษาถูกต้องเหมาะสม โดยเรียนรู้ชนิดของยา จำนวน ขนาด วิธีใช้ รวมทั้งฤทธิ์ข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยา รู้จักค้นหาอาการผิดปกติ และวิธีแก้ไขได้ทันท่วงที เนื่องจากกลุ่มผู้

สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิธีการรักษาและบรรเทาอาการต่าง ๆ ของโรค คือ การให้ยา และพบว่าผู้สูงอายุ มีการให้ยาเป็นประจำถึงร้อยละ 77 (Hale, Marks & Stewart, 1979 อ้างถึงใน วัตตนา พันธุ์ศักดิ์, 2536) การให้ยาในผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก ผู้สูงอายุจะมีความไวและอันตรายจากการให้ยาก่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีความรอบคอบและระมัดระวังในการให้ยากับผู้สูงอายุ

1.2.3 ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ได้แก่ การป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม ซึ่งพบได้บ่อยมาก ทำให้กระดูกหัก เป็นสาเหตุของการตายมากที่สุด หรือทำให้ต้องเข้ารับการรักษาและใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลานาน สาเหตุเกิดจากเสียการทรงตัว การมองเห็นไม่ชัด การจำกัดการเคลื่อนไหวร่วมกับการได้รับยาเพื่อการรักษาโรคต่าง ๆ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ลมประสาท เป็นต้น ควรป้องกันโดยการดูแลสภาพร่างกาย หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลง ตรวจสอบเรื่องยาที่ได้รับ และดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ดูแลพื้นห้องให้สะอาด แห้ง มีแสงสว่างเพียงพอ มีราวยึดเกาะในห้องน้ำ เป็นต้น

การสำลักและอาหารติดค้างในหลอดลม พบได้มากในผู้สูงอายุที่มีความพร่องในการเคลื่อนไหว เป็นอัมพาต หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น มีอาการเจ็บปวดขณะกลืนอาหาร จึงควรดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารช้า ๆ ไม่เร่งรีบ ตรวจสอบความสามารถในการกลืนก่อนป้อนอาหารหมั่นตรวจสอบฟันปลอมให้แน่นพอดี

1.2.4 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผลกระทบทั้งทางด้านจิตสังคม และร่างกาย ทำให้ อับอาย มีกลิ่นเหม็นอับเป็นที่น่ารังเกียจพักผ่อนไม่เพียงพอ ต้องลุกขึ้นเดินเข้าห้องน้ำ หรือนั่งกระโถนเป็นระยะ ๆ ร่างกายขาดน้ำจากการที่ต้องลุกขึ้นปัสสาวะบ่อย ๆ ทำให้เกิดความรำคาญเมื่อหน้าย จึงลดจำนวนน้ำดื่มลง จึงควรช่วยให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อช่วยเพิ่มความตึงตัวให้กับกระเพาะปัสสาวะ ใ้การช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการถ่ายปัสสาวะ ดูแลความสะอาดผิวหนังและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษ การขับถ่ายที่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุอีกเรื่องหนึ่งคืออาการท้องผูก มีความยากลำบากในการขับถ่ายอุจจาระ จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากแข็ง ย่อยยาก กระตุ้นให้มีการออกกำลังกายและฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติทุกวัน

1.2.5 คงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี พบว่าอาการแน่นอึดอัดท้องเป็นปัญหาสำคัญ มีสาเหตุจากโรคหลอดอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ และปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลจึงต้องปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม ให้อาหารที่ย่อยง่าย มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ใ้ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหนักในมื้อใดมื้อหนึ่ง เพราะจะเพิ่มความดันในช่องท้อง หลีกเลียง

อาหารรสจัด ร้อนจัดหรือเย็นจัด อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส กระตุ้นให้ตีมน้ำมาก ๆ ประมาณวันละ 2,000-3,000 มิลลิเมตร

1.2.6 กงไว้ซึ่งความสามารถในการประกอบกิจกรรมและพักผ่อนให้เหมาะสม โดยเลือกกิจกรรมการออกกำลังกาย การประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับการพักผ่อน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองตามความสามารถ ดูแลและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม แนะนำช่วยเหลือในขณะมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนย้ายตนเองไปมา การทรงตัว การใช้เครื่องช่วยเดิน เป็นต้น

1.2.7 กงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตัวเอง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เคลื่อนไหวไม่คล่องแคล่ว มีอาการเหนื่อยล้าได้ง่าย ต้องพึ่งพาทูคคลอื่นในการช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่าเป็นภาระของผู้อื่น ผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีทัศนคติที่ดีต่อชีวิตยอมรับการพึ่งพาทูคคลอื่น และควรให้ความเคารพ นับถือ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ

1.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาวะในการดูแล

1.3.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม(2539:86) กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้คือ 1) ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต 2) ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง 3) มุ่งเน้นเฉพาะการช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล 4) สถานการณ์การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ 5) ระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล แบ่งเป็น Primary Caregiver หมายถึงผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ในขณะที่ Secondary Caregiver จะเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยแทน Primary Caregiver เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของ Primary Caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

จากการรายงานการวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีความสอดคล้องกัน คือ การสำรวจสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับครอบครัวก็คือ การอยู่อาศัยร่วมกันกับบุตร หรือญาติ

ในประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 65 และร้อยละ 70 ตามลำดับ (Martin 1988 ; Chang & Ofstedal, 1991 อ้างถึงใน จันทรรัตน์ ระเบียบโลก, 2538 : 49) สมคม ประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี 1984 อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ และประเทศไทย ในปี 1986 รายงานคล้าย ๆ กันว่า ที่บาทหลักของการเกื้อหนุนสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ก็คือจากบุตรหลาน (Chen et al., 1989 : 53-71 อ้างถึงใน จันทรรัตน์ ระเบียบโลก, 2538 : 50) เช่นเดียวกับกรณีศึกษาของเนเธอร์แลนด์ (2535) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 96 ยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ ถึงแม้ว่าสภาพเศรษฐกิจและสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปรูปแบบของครอบครัวขยายเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลง แต่การรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุก็ยังเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวอยู่ ภายใต้สภาพสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย ส่วนการศึกษาเรื่องแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุวัยเกษียณของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539 : 76-92) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.84 เป็นบุตร ร้อยละ 28.04 เป็นภรรยา ร้อยละ 15.89 เป็นสามี และร้อยละ 14.02 เป็นแม่ พี่เลี้ยง ร้อยละ 11.21 เป็นญาติ และร้อยละ 74.77 มีผู้ให้ความช่วยเหลือในระหว่างทำหน้าที่ดูแลได้แก่ พี่น้อง ลูก พ่อ แม่ ญาติ สามี ภรรยา และผู้ร่วมงานตามลำดับ สำหรับชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2537 : 236) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้เฒ่าเฒ่าเร่ร่อนและผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 31.8 เป็นบุตรหรือธิดา

ดังนั้นจากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงเห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง คู่สมรส บุตร ญาติ และเพื่อน ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลอยู่ใกล้ชิดและประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด โดยได้ให้การดูแลผู้สูงอายุมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

นอกจากนั้นในเรื่องคุณลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่บ้านตามรายงานการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ว่างกลางคน สถานภาพสมรสโสด หรือแต่งงานไม่บุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน (ชนิดา มณีวรรณและคณะ, 2535; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536 ; จันทรพีญา ม่วงวุ่น, 2536 ; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536 ; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539 ; เฟื่องลดา เกนไชยวงศ์, 2539)

1.3.2 ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ

บุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีความตั้งใจอุทิศเวลา และความพยายามในการตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย หรือการมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เสนอ อินทรสุขศรี (2526 : 105) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุในบ้านเป็นการอำนวยความสะดวก สุข และส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ และได้ให้ข้อพึงปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน สรุปได้ดังนี้

- 1) การจัดอาหาร อาหารควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุเบื่ออาหาร ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อแนะนำเรื่องการแก้ไข
- 2) ให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความพอใจ เช่น กวาดบ้าน ปลูกต้นไม้ ซ่อมแซมสิ่งของ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีประโยชน์ต่อครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ใครมาสั่งหรือใช้ให้ตนทำงาน
- 3) ควรให้เงินผู้สูงอายุไว้ใช้ตามสมควร แม้ว่าปกติผู้สูงอายุจะไม่ได้ใช้เงินมากนัก แต่ผู้สูงอายุอาจเอาไว้ซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือทำบุญตามศรัทธาของตน
- 4) หาทางให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เบิกบานใจ เช่น ถ้าผู้สูงอายุพอใจอ่านหนังสือ ก็ควรจัดหาหนังสือให้อ่าน จัดให้มีวิทยุ โทรทัศน์และการบันเทิงต่าง ๆ
- 5) พาผู้สูงอายุไปเข้าสังคมเท่าที่กำลังจะไปได้ เช่น พาไปชมการแสดง การฟังอภิปราย ไปชมสถานที่ต่าง ๆ
- 6) ผู้สูงอายุที่เลื่อมใสในศาสนา ควรหาโอกาสพาไปวัดเพื่อฟังเทศน์ สันทนาธรรม หรือนิมนต์พระที่ท่านนับถือมาที่บ้าน ให้ผู้สูงอายุได้สนทนาธรรม ฟังคำสั่งสอน เป็นต้น
- 7) ให้โอกาสผู้สูงอายุได้พบเพื่อน เพื่อไม่ให้เหงา หรือขาดเพื่อน
- 8) บุตรหลานควรจะทำตนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ครอบครัวพึงแสดงความรัก เคารพ นับถือด้วยกิริยา วาจา
- 9) จัดหางานอดิเรกให้ เช่น ถ้าผู้สูงอายุชอบเลี้ยงสัตว์ ก็ควรหาสัตว์เลี้ยงให้
- 10) ดูแลเรื่องความปลอดภัยภายในบ้าน
- 11) ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ห้องพัก ทางเดิน ควรให้มีแสงสว่าง พื้นไม่ลื่นจนเกินไป และควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง
- 12) การตัดผม โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ ควรได้ดูแลเอาใจใส่ตามสมควร

13) ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน และให้การรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย

จากแนวความคิดดังกล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า บทบาทการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ควรจัดให้แก่ผู้สูงอายุนั้น เป็นการดูแลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งพอจะสรุปบทบาทของบุตร หรือสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ 1) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล ดูแลสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วยและให้การรักษาพยาบาล อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และช่วยเหลือด้านแรงงานแก่ผู้สูงอายุ 2) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง สนับสนุนให้ปฏิบัติงานตามความสามารถ และงานอดิเรกตามสมควร ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่าง ๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ 3) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ สนับสนุนให้ได้พบญาติและเพื่อนฝูง ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่แก่ผู้สูงอายุ 4) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจ หรือผลประโยชน์แทนผู้สูงอายุ

จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุและภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำ ย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ดูแลเนื่องจาก การต้องรับผิดชอบดูแลตลอดชีวิตของผู้สูงอายุจึงอาจมีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วย และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแล ให้ความสำคัญ ต้องเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาส่วนตัวลดลง และมีโอกาสที่จะมีความบกพร่องในบทบาทต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงและความยุ่งยากในชีวิต ซึ่งชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537 : 236) สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลที่บ้านมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับมีความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากด้วย วิชาวรรณ ชะอุ่ม (2536 : ก-ข)

ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่า ภาระในการดูแลและระยะเวลาในการศึกษา สามารถทำนายความผาสุกโดยทั่วไป ได้ร้อยละ 21 และมีัยสำคัญทางสถิติโดยภาระในการดูแลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด และในการทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539 : 76) พบว่า การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า ถูกคาม และเป็นความเครียด มีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพ ส่วนยาใจ สิทธิมงคล (2538 : 24) ได้วิเคราะห์รายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาระของครอบครัวที่เกิดจากการดูแลญาติที่ป่วยทางจิตในต่างประเทศ เช่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกา อินเดีย และไต้หวัน ผลการวิจัยดังกล่าวให้ข้อสรุปว่า ครอบครัวประสบกับความเครียดจากการที่มีญาติผู้ป่วยทางจิตทั้งในด้านกิจวัตรประจำวันของครอบครัว และสุขภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งความรู้สึกวิตกกังวลอันเกิดจากการไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของญาติที่ป่วยทางจิต

ดังนั้นพอจะสรุปผลกระทบจากภาระรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุได้เป็น 2 ประการ คือ 1) สุขภาพกาย 2) ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งผลกระทบทั้ง 2 ประการนี้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดและความสุขในการดำเนินชีวิต

2. การปรับตัวของบุคคล

2.1 ความหมาย

ธรรมชาติมนุษย์ทุกคนพยายามที่จะรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตสังคมด้วยตนเองโดยการปรับตัว ซึ่งการปรับตัวหมายถึงพฤติกรรมหรือความรู้สึกลบสนองเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับให้คงภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตสังคม การปรับตัวดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม ได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้

ไคส์และฮอฟลิง (Kyes & Hoffing, 1974) ให้ความหมายการปรับตัวว่าเป็นวิธีการหรือกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งบุคคลใช้เพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตน

รอย (Roy, 1991) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวของบุคคลว่า หมายถึง การตอบสนองในทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อชีวภาพ จิตใจและสังคม เพื่อความอยู่รอดของชีวิต โดยอาศัยกลไกที่มีอยู่ในบุคคล

เออร์วิง (Irving, 1983) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยวัดจากระดับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานและพฤติกรรมต่างๆ ของตนเอง

แรมโบ (Rambo, 1984) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึงการตอบสนองทางด้านบวกที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในตัวของบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต

อุบล นิวัตินัย (2527) อ้างถึงเมอร์เรย์และเซนต์เนอร์ (Murrey & Zentner) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการปรับของสรีระร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมจากภายในและภายนอกตัวบุคคล จุดหมายปลายทางของการปรับตัวก็เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์มั่นคงและความสุขสบายของบุคคล

ละออ หุตางกูร (2535) กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตต่อสิ่งเร้าที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร้องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุกคามคุณภาพ หรือก่ออันตรายแก่ระบบ

ดังนั้นการปรับตัวจึงหมายถึง กระบวนการที่บุคคลตอบสนองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต โดยแสดงออกในรูปความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

2.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการปรับตัว

การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดัน ที่นักจิตวิทยาเรียกว่า ความต้องการจำเป็น (needs) ความต้องการเหล่านี้จะเป็นข้อเรียกร้องให้มนุษย์ต้องมีปฏิกิริยาตอบโต้ ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้า นั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งคนเสมอ ทั้งทาง

กาย ทางจิตใจ และทางสังคม กระบวนการปรับหรือเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 มิติดังนั้น ดำเนินไปโดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัวมี 2 ประการคือ (นิภา นิธยาน, 2530)

2.2.1 แรงผลักดันภายนอก หรือ ข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อม และแรงผลักดันที่เป็นข้อเรียกร้องของสังคมหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน

2.2.2 แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ อีกประการหนึ่งคือ จากประสบการณ์ทางสังคมที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้ในอดีต หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาเรียกอีกชื่อก็คือว่า “เบ็ดเตล็ดทางสังคม” ได้แก่ ความต้องการจะมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ และการเป็นที่ยกย่องนับถือ

2.3 ลักษณะของการปรับตัวที่ดีและการปรับตัวที่ไม่ดี

2.3.1 ลักษณะของการปรับตัวที่ดี

ลักษณะของคนที่ปรับตัวดีนั้น Tindall ได้กล่าวไว้ว่ามีอยู่ 6 ประการ คือ (Tindall, 1959 อ้างใน พิชญวราภรณ์ นุตศิลป์ และคณะ, 2527 : 27) 1) รักษาและดำรงไว้ซึ่งบุคลิกภาพ โดยอาศัยความสามารถในการผสมผสานความต้องการของตนกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา เพื่อสนองความต้องการนั้นโดยที่พฤติกรรมดังกล่าวต้องเข้าได้กับสิ่งแวดล้อม 2) การปรับตัวตามปทัสฐานของสังคม 3) การยอมรับสภาพความเป็นจริง 4) มีความมั่นคงทางด้านต่าง ๆ คือมีความมั่นคงทางด้านสรีระ (Physiologic integrity) มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ (Psychologic integrity) มีความมั่นคงทางด้านสังคม (Social integrity) 5) มีวุฒิภาวะ 6) ควบคุมอารมณ์ได้ เช่นเดียวกับ Lazarus ได้จัดองค์ประกอบที่แสดงว่าบุคคลปรับตัวได้ไว้ 6 ประการดังนี้ (Lazarus, 1969 อ้างใน สุวีริยาสุวรรณโคตร, 2538 : 32) 1) มีความคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) กล่าวคือ เป็นบุคคลที่มีความสุขในการแก้ปัญหา โดยที่จะแก้ปัญหาคด้วยความระมัดระวัง และทำงานละเอียด และจริงจัง 2) มีทักษะทางสังคม (Socialability) เป็นบุคคลที่สามารถเข้ากับคนอื่นได้ง่ายดาย เป็นบุคคลที่มีชีวิตชีวา เพลิดเพลินในการเข้าสังคม 3) มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ (Confidence) เป็นบุคคลที่ไม่ปล่อยอารมณ์ไปกับความกลัวหรือความวิตกกังวลจนมากเกินไป สามารถผ่อนคลาย และหลีกเลี่ยงความตึงเครียด มองชีวิตตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าความเห่อฝัน 4) มีความเชื่อมั่น กล่าวคือ เป็นบุคคลที่เห็นคุณค่าในการตัดสินใจของตนเองปรับตัวได้อย่างง่ายดาย ในสถานการณ์ใหม่ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัจจุบันและอนาคตด้วยดีไม่มีความรู้สึก

ต่ำต้อยและพึงพอใจต่อรูปร่างของตนเอง 5) ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Personal relation) กล่าวคือ เป็นบุคคลที่มีความอดทนไม่โกรธอย่างง่ายดาย มองโลกในแง่ดีไม่วิพากษ์วิจารณ์คนอื่นมากเกินไป 6) ความพึงพอใจในบ้าน (Home satisfaction) กล่าวคือ เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี พึงพอใจในสภาพของบ้าน ได้รับการยกย่อง และเข้าใจจากทางบ้าน

นอกจากนั้น รัตนา ยัญทิพย์ ได้กล่าวว่าการปรับตัวที่ดีนั้นจะมีการแสดงออก ดังนี้ (รัตนา ยัญทิพย์, 2522 อ้างในสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2538 : 34) 1) มีความเชื่อมั่นในตนเอง หมายถึงมีความภูมิใจในตนเอง ไม่มีปมด้อย ไม่เกรงกลัวตำแหน่งหน้าที่หรือความยิ่งใหญ่ ไม่ก้าวร้าว ขณะเดียวกันก็ยอมรับความสามารถและความสำเร็จของผู้ที่เหนือกว่าตน 2) ยอมรับความเป็นจริง มีความกล้าที่จะเผชิญกับชีวิต แม้ว่าจะมีเหตุร้ายบางขณะก็ไม่ท้อแท้ กล้าที่จะสู้เต็มกำลังความสามารถ 3) มีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น เป็นผู้ที่มองบุคคลในแง่ดี ปราศจากอคติใด ๆ 4) ไม่มีปฏิกิริยาต่อสังคม หมายความว่า ไม่เป็นผู้ที่มีแต่ความเบียดเบียน ไม่มีการทะเลาะวิวาทบ่อยๆ และไม่เคยขโมยของคนอื่น 5) ไม่เป็นผู้ที่มีความประพฤติด้อยหน้า เป็นบุคคลที่สามารถนำเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ไม่เป็นกานกั๊ก 6) สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี มีใจกว้างพอที่จะรับฟังความคิดเห็นและข้อโต้แย้งของผู้อื่น 7) ปราศจากนิสัยทางจิตที่กระทบกระเทือนบุคลิกภาพ 8) มีความเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเอง รู้จุดเด่น และปมด้อยของตนเอง 9) ปฏิบัติการตามกฎระเบียบของสังคม นั่นคือทำตนให้สอดคล้องกับมาตรฐานของสังคม 10) มีความรู้สึกเป็นมิตร ไม่รู้สึกว่าคุณถูกบังคับ

2.3.2 ลักษณะการปรับตัวที่ไม่ดี

สำหรับการปรับตัวที่ไม่ดีนั้นก็ขึ้นอยู่กับลักษณะของความยุ่งยากในการปรับตัว ซึ่งไม่ว่าจะมากน้อยเพียงใด มักจะปรากฏอาการดังต่อไปนี้ (นิภา นิธยาชน, 2520 อ้างในภิษณภรณ์ มูลศิลป์, 2536 : 27) 1) อาการเคร่งเครียด 2) อาการเจ็บป่วยทางกาย 3) พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม 4) ความหย่อนสมรรถภาพในการดำรงชีวิต

ส่วนพฤติกรรมที่เกิดจากการปรับตัวไม่ดี Kaplan (1959) แบ่งเป็น 6 ประเภทด้วยกันคือ 1) พวกที่ชอบกระพริบตาบ่อย ๆ เสียวริมฝีปาก ดิ่งผม กัดเล็บ กระดิกขาหรือปีสสาวะบ่อย ๆ พวกนี้เกิดจากความวิตกกังวล 2) พวกหมกมุ่นอยู่กับความเศร้าโศกเสียใจ ตื่นเต้นจนเกินไปไม่รับผิดชอบงาน พวกนี้เกิดจากอารมณ์รุนแรง 3) พวกที่ต้องพึ่งพาผู้คนที่ทำงานคนเดียวไม่ได้ ขี้ระแวง ขี้สงสัย ขาดเหตุผล ตัดสินใจไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถและมีปมด้อย

ซึ่งสลับ ขาดเหตุผล ตัดสินใจไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถและมีปมด้อย พฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ 4) พวกที่ชอบแสดงอาการก้าวร้าวผู้อื่น ดำหนดิเตียน พุดจาขวนผ่าซาก พวกนี้คิดว่าตนเองเหนือกว่าผู้อื่น 5) พวกที่พูดจาเยาะคาย ขาดความสุภาพ ชอบขัดขืนคำสั่ง ชอบรังแกและทารุณสัตว์ ตลอดจนชอบต่อต้านระเบียบวินัย พวกนี้เกิดจากการต่อต้านสังคม 6) พวกที่เจ็บป่วยโดยขาดเหตุผล กินจุแต่หิวบ่อย บางครั้งอาเจียนและอุจจาระไม่เป็นเวลา พวกนี้มีสาเหตุจากจิตใจได้รับความกระทบกระเทือน

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการปรับตัวใน 2 ลักษณะได้แก่ การปรับตัวได้ คือ ผู้ดูแลและพยายามเรียนรู้การอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมของร่างกายและเจ็บป่วยเรื้อรังตามสภาพให้เป็นปกติสุขมากที่สุด และการปรับตัวไม่ได้ ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว ไม่พึงพอใจ ซึ่งไม่เกิดผลดีต่อผู้ดูแล

2.4 การปรับตัวตามทฤษฎีของรอย

รอยเห็นว่า การปรับตัวของบุคคลเป็นหน้าที่ระหว่าง "สิ่งเร้า" และ "ระดับการปรับตัว" และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือความรุนแรงของสิ่งเร้า ซึ่งแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตัวและมีขอบเขตจำกัด รอยได้กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในภายในและภายนอกตัวบุคคลว่าเป็นสิ่งเร้า (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2535 ; Fawcet, 1989; Roy, 1984) เมื่อบุคคลมีการปะทะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าดังกล่าวแล้ว บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้น กลไกที่บุคคลใช้ในการปรับตัว เพื่อรักษาภาวะสมดุล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ กลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ กลไกการควบคุม (The Regulator Mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นอัตโนมัติโดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้ตัวเป็นการทำงานร่วมกันของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ การรับรู้และการตอบสนองเพื่อที่จะควบคุมการทำงานของร่างกายให้อยู่ในสภาพคงที่ ส่วนกลไกการรับรู้ (The Cognator Mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้การปรับตัว

รอยได้วิเคราะห์ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามหลักของ มาสโลว์ (Maslow's hierarchy needs) มาเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจธรรมชาติของคน ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์ต้องมีการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการพื้นฐานอันเป็นค้ำพิงความมั่นคงของชีวิตซึ่งจะดูได้จากกรณีที่บุคคลมีความมั่นคงทางด้านร่างกาย (Physiologic integrity) ความมั่นคงทางด้านจิตใจ (Psychic integrity) และความมั่นคงทางด้านสังคม (Social integrity) เพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงของชีวิตทั้ง

ร่างกายจิตใจ และสังคม จะแสดงออกในพฤติกรรม 4 ด้าน ดังก็คือ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2535 ; Andrews & Roy, 1991)

2.4.1 การปรับตัวตามความต้องการด้านร่างกาย (Physiological mode) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงทางร่างกาย (Physiological integrity) ซึ่งพิจารณาได้จากการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน (Basic primary needs) อันได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ออกซิเจน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การถ่ายถ่ายและการระบาย การไต่กันกันอันตรายของร่างกาย การควบคุมเกี่ยวกับความรู้สึก ความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตในภาวะปกติสุข คือความพอดี ซึ่งมนุษย์พยายามปรับเพื่อรักษาภาวะเช่นนั้นไว้ หากการปรับตัวไม่สามารถก่อให้เกิดการตอบสนองในทางบวกได้ ก็ปรากฏเป็นพฤติกรรมการปรับตัวในทางลบหรือล้นเหลือ (Maladaptation behavior) ดังที่มีการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการปวดเมื่อยแขน ขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการยก อุ้ม ประคอง และการช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย มีอาการป่วยเป็นหวัดเนื่องจากพักผ่อนไม่เต็มที่ ในบางรายเป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดและรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (นภทรณ์ แก้วกรรณ์, 2533)

2.4.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept Mode) มนุษย์จำเป็นต้องมีความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสิ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางจิตใจ คือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง โดยได้แบ่งอัตมโนทัศน์ของบุคคลออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) อัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นความรู้สึกของตนเองที่มีต่อร่างกาย เช่น รูปร่าง หน้าตา (Appearance) และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ด้านร่างกาย (Functioning) ตลอดจนความสัมพันธ์ทางเพศตามที่บุคคลรู้จักตนเอง 2) อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (Personal Self) หมายถึง ความรู้สึกทุกอย่างที่ประกอบเข้าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วย อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงด้านปณิธานและความคาดหวัง ด้านศีลธรรม-จรรยาด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เอ็กเบิร์ก และคณะ (Ekberg, et al., 1986 : 161) ศึกษาในกลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายของคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 30 ราย พบว่า คู่สมรสแสดงอาการเหนื่อยหน่าย โดยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ร้อยละ 30 รู้สึกว่าไม่มีบุคคลอื่นเข้าใจตนร้อยละ 27 และร้อยละ 60 รู้สึกโดดเดี่ยว และพบว่ามีอาการทางกายเกิดขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งพบว่ามีความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ในการดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังเช่นกัน (Cline, 1990 อ้างถึงในวิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536 : 19)

2.4.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function) การแสดงบทบาทหน้าที่ที่ต่าง ๆ ของบุคคลนั้นเป็นการตอบสนองความต้องการ และเพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม

(Social integrity) ในสถานการณ์ใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้ บุคคลต้องมีการปรับตัว เพื่อให้การแสดงบทบาทของตนเป็นไปตามปกติ หากจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นกับ ปัจจัยการปรับตัวของบุคคลนั้น ปัญหาการปรับตัวในด้านนี้จะแสดงออกใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การแสดงบทบาทที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท

การศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อคู่สมรส ไคลน์และคณะ (Klien et al., 1967 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536 : 33) สัมภาษณ์คู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 73 ราย โดยใช้แบบวัดความรู้สึกเป็นทุกข์และแบบวัดความตึงเครียดในบทบาท พบว่า คู่สมรสส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 67 แสดงอาการเนื่องจากความเครียด ได้แก่ อาการทางประสาท เหนื่อยล้า ตกใจง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้าง่าย นอกจากนี้ยังมีความคับข้องใจ และตึงเครียด จากความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผลการวิจัยสนับสนุนว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับบทบาทของผู้ดูแล นอกจากจะเป็นความขัดแย้งระหว่างบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับครอบครัว อาชีพ และสังคมตามการวิจัยของไคลน์และคณะแล้ว ยังมีความขัดแย้งระหว่างบุคคล ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยอีกด้วย

การวิจัยของ สกาลาซ (Schalach, 1989 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536 : 34) ขยายให้เห็นผลกระทบของการทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อการทำงานนอกบ้าน โดยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ได้แก่ ใช้โทรศัพท์ในเรื่องส่วนตัวมากขึ้น ลางานบ่อย ใช้เวลาพักผ่อนไปกับการดูแล เวลาที่ใช้พักในระหว่างการทำงานมากขึ้น กลับบ้านเร็วกว่าที่เคย รู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำงานได้เต็มที่ และสรุปว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับบทบาท ครอบครัว งานบ้าน และศาสนา ส่วนการดูแลตนเองในระหว่างให้การดูแล พบว่า ต้องยกเลิกสิ่งที่เคยปฏิบัติมากมาย ส่วนใหญ่พักผ่อนด้วยการนอนหลับช่วงสั้น ๆ การเดินเล่น อ่านหนังสือ หรือปลูกต้นไม้ ในส่วนของความรู้สึกทางบวก ส่วนใหญ่มีความภูมิใจที่ได้ใช้ความพยายามอย่างดีที่สุดในการช่วยเหลือคนที่ตนรัก ผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของการดูแลทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งปรากฏเด่นชัดในทางลบดังจะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อ บทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันทั้งด้านครอบครัว ส่วนตัว อาชีพ และสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดทั้งสิ้น

2.4.4 การปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependence Mode) คือ การที่คนเราต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตและสังคม ดังมี ความพอเหมาะพอสมระหว่างการพึ่งตนเอง (Independence) การพึ่งผู้กลับ (Dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตน

แครอลและคณะ (Carol et al., 1991) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน จำนวน 20 ราย โดยใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy) พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านเป็นเวลาตั้งแต่ 2 เดือนถึง 312 เดือน การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในทางบวกจะทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา รู้ว่าควรแสดงบทบาทอย่างไรต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในทางลบ จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม และไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อคู่สมรส และครอบครัวทำให้การดูแลผู้ป่วยนั้น มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ เช่น ในภรรยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 46 ราย พบว่าภรรยาต้องเป็นผู้รับผิดชอบในบทบาทใหม่ ก็คือต้องเป็นผู้ตัดสินใจจัดการเรื่องเงิน ช่อมแซมของใช้ในบ้าน ตัดหญ้า ทำสวน นอกจากนี้ยังต้องยกเลิกเวลาการพักผ่อนหย่อนใจ และกิจกรรมในสังคมต่าง ๆ (Sexton & Munro, 1985) ในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย Multiple Sclerosis มีเวลาพักผ่อนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมที่แยกตัวจากสังคม และจำกัดกิจกรรมของครอบครัวด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การแยกตัวจากสังคม และทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลงในที่สุด (Tilden & Weinert, 1987) ในภรรยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องทนทุกข์กับความเครียดทางด้านอารมณ์ มีความรู้สึกโศกเศร้า สูญเสียกำลังใจ ซึมเศร้า เมื่ออาหาร มีอาการทางกายเช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก (Skelton & Dominian, 1973)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลจะต้องเผชิญปัญหาการพึ่งพาของผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคและความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ผู้ดูแลต้องพยายามปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือความรุนแรงของสิ่งเร้าและระดับความสามารถในการปรับตัว ตามแนวคิดของรอย (Roy, 1991) สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าหมายถึง ทุกสถานการณ์หรือภาวะการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคลและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อมนี้ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ 1) สิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ เป็นสิ่งเร้าที่มีความ

สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เช่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นต้น 2) สิ่งเร้าร่วม หมายถึงสิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมการปรับตัว เช่น ความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น 3) สิ่งเร้าแฝง หมายถึงสิ่งเร้าที่เป็นผลจากประสบการณ์ในอดีต ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่านิยม ความเชื่อ เจตคติ อุปนิสัย และบุคลิกภาพเดิม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัว

แนวคิดนี้สอดคล้องกับวิลลาร์ด ภู่วาวัตินิช (2537) ที่ได้รวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด ไว้ดังนี้ 1) สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลในขณะนั้น ผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย มีความวิตกกังวลซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย จะมีการเผชิญความเครียดไม่ดีเท่าผู้ที่มีสุขภาพกายและจิตสมบูรณ์ 2) ทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ หากผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหานั้นๆ มาก่อนจะทำให้มีความเครียดมากกว่าปกติ 3) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ เช่น ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ แหล่งช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและบริการต่าง ๆ เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้การเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น 4) ความเชื่อ ความเชื่อของญาติ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดหรือเอาชนะสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น

3.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

โดยธรรมชาติมนุษย์จะต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเสมอ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองจึงเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ บุคคลจะริเริ่มและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ซึ่งการดูแลตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และจะมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ แต่เมื่อเข้าสู่วัยชราหรือเมื่อเกิดความเจ็บป่วยในร่างกายหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้ลดลง (Orem, 1985) และเข้าสู่ภาวะพึ่งพาในที่สุด สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537 : 70) กล่าวว่า หลังจากอายุ 20-25 ปีแล้ว สมรรถภาพต่างๆของร่างกายโดยเฉลี่ยจะลดลงเป็นลำดับ สำหรับสมรรถภาพในการประกอบกิจต่างๆ (Functional Ability) จะลดถอยลงจนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี ก็จะเหลืออยู่ราวร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาวและมักไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิต

เป็นอิสระได้ จำเป็นจะต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งถ้าหากมีโรคเกิดขึ้นก็อาจทำให้สมรรถภาพลดลงเร็วกว่าปกติและเข้าสู่ภาวะพึ่งพาเร็วขึ้น

ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและโรคที่มีผลทำให้เกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ ซึ่งประนอม โอทกานนท์ (2537 : 169) ได้แบ่งความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันไว้เป็น 4 ระดับคือ 1) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย 2) สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง และ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก

จะเห็นได้ว่า การแบ่งระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อันประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน และกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงระดับของความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการในส่วนที่ไม่สามารถตอบสนองด้วยตนเองได้ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงปริมาณงานการดูแลที่ผู้ดูแลจะต้องตอบสนอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น ในขณะที่เดิมกับ ปริมาณงานการดูแลก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล และจำเป็นต้องปรับตัว ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติงานการดูแลย่อมจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลไม่มากก็น้อย

การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นการประเมินถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง หรือความสามารถในบทบาทที่ดำรงอยู่ วิธีการประเมินที่ใช้ในผู้ป่วยโดยทั่วไปจึงประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่โดยกิจกรรมที่เลือกใช้จะเป็นกิจกรรมที่ใช้อยู่ทั่วไป ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพปกติโดยทั่วไปสามารถทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (activity of daily living : ADL) โดยแบ่งเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (basal activity of daily living) และ กิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต (instrument activity of daily living : IADL) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้จะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์

ประสงค์ของการสร้างเครื่องมือว่าต้องการใช้ประเมินประชากรกลุ่มใด และมีวัฒนธรรมอย่างไร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) ดังเช่น เครื่องมือประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคาทซ์ (The Katz Index of ADL) ที่ได้เลือกเพียงกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานหกกิจกรรมเท่านั้นมาใช้ในการประเมิน อันประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร ดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเคนเนย์ (Kenney Index of ADL) จะไม่มีในเรื่องการใช้ห้องสุขา และการควบคุมการขับถ่าย แต่เพิ่มการเคลื่อนย้ายออกจากเตียงและการเดินทาง ในทำนองเดียวกัน มาตรฐานวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเคลนเบลล์ (Klein-Bell ADL scale) ก็ไม่มีกิจกรรมในเรื่องการใช้ห้องสุขา แต่เพิ่มเรื่องการสื่อสาร สำหรับเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงนั้นมีชื่อว่าดัชนีบาร์เธล (Barthel Index) ซึ่งสร้างโดยมาโฮเนย์และบาร์เธล (Mahoney & Barthel) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น แต่เนื่องจากเครื่องมือทั้งหมดที่กล่าวมานี้สร้างขึ้นมารับคนในวัฒนธรรมตะวันตก การเลือกกิจกรรมและการให้คะแนนแต่ละกิจกรรมเพื่อประกอบกันเป็นแบบประเมินอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับคนในวัฒนธรรมตะวันตก เช่น ประเทศไทย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994 อ้างถึงในแพ็องลดา เคนไชยวงศ์, 2539 : 23) จึงได้สร้างเครื่องมือสำหรับวัดภาวะหุพพลภาพหรือการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้นโดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ แบบวัดส่วนนี้ได้ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เธล จึงเรียกแบบวัดส่วนนี้ว่า ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Modified Barthel ADL Index : BAI) ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรมเช่นเดียวกับดัชนีบาร์เธล แต่มีการให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนไทยมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการเลือกกิจกรรมและการให้คะแนนแต่ละกิจกรรมเพื่อประกอบกันเป็นแบบประเมินนั้นมีความสำคัญ ที่ผู้ใช้เครื่องมือจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับแบบแผนกิจวัตรประจำวันตามวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ก่อนที่จะนำเอาแบบประเมินเหล่านี้มาใช้ ทั้งนี้เพราะ ในแต่ละสังคมจะมีความแตกต่างกันมาก แม้แต่ประเทศทางตะวันตกเอง ยังไม่มีแบบประเมินที่ยอมรับกันทั่วไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ เนื่องจาก

แบบประเมินนี้ ได้ผ่านการทดสอบมาแล้วว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ประเมินผู้สูงอายุไทย (Litapunkul et al., 1994)

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน (จริยาวัตร กมลพิชญ์, 2531 : 96) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างหนึ่ง ซึ่งได้มีผู้สนใจศึกษาอย่างกว้างขวาง และผลการศึกษามากส่วนใหญ่มองแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอำนาจจัดการกับความเครียด หรือช่วยให้บุคคลเผชิญกับภาวะเครียดได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984) ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้เสนอแนวคิดไว้หลายรูปแบบ

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

กาห์น (Kahn, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

บาร์เรอรา (Barrera, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของแรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูล

ทอยส์ (Thoits, 1982) ให้ความหมายว่า บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

ฮับบาร์ด มุลเลนแคมป์และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp & Brown, 1984) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันโดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

ทิลเดนและไวเนอร์ท (Tilden & Weinert, 1987 : 277) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 อ้างถึงในวินิดา ยืนยง, 2537 : 29) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

อาจสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความเชื่อมั่น การแนะนำ การให้ความรู้แก่บุคคลอื่น หรือการประสานสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมั่นคงและเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับนับถือ ความรัก ความนิยม การดูแลเอาใจใส่ จากบุคคลในสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยจัดการกับความเครียด (coping assistance) โดยตรงในหลายวิธี ได้แก่ 1) ช่วยเปลี่ยนสถานการณ์ด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดหรือเปลี่ยนแปลงปัญหา เช่น ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงานหรือข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา 2) ช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์เนื่องจากความเครียด เช่น ให้ออกาสในการระบายและ 3) ช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายกับสถานการณ์ โดยช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรงและยังมีความรู้สึกว่าจะไม่เกิดซ้ำจะมีผู้คอยช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ ปัญหาที่มีอยู่จึงเล็กลง อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้บุคคลได้รับข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดีขึ้นทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์วิกฤต และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

(Gibson, 1992) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและควบคุมสถานการณ์ได้ อันจะส่งผลให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาที่มากขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติ อันได้แก่ องค์ประกอบด้านโครงสร้างการทำงานที่ และความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับโดยในส่วนของโครงสร้างหรือเครือข่ายทางสังคมหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมนั้นจะเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดของกลุ่มสังคม ลักษณะความผูกพัน ระยะเวลาและวิธีที่ใช้ในการติดต่อ (Norbeck, 1991) โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือส่งผลเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโดยปกติจัดแบ่งเป็นสองประเภทคือ กลุ่มสังคมรูปภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน หรือเรียกกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ กับกลุ่มทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ หรือเรียกว่ากลุ่มช่วยเหลือในวิชาชีพ (จริยวัตร กมลพยัคฆ์, 2531) แต่เมื่อพิจารณาแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพจะแบ่งได้เป็นห้ากลุ่มคือ กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน กลุ่มบุคคลทางศาสนา กลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ และกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ อย่างไรก็ตามแบรนท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) เห็นว่า ในบุคคลแต่ละคนนั้นจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มบิดามารดา กลุ่มบุตร กลุ่มคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดและบุคคลสำคัญในชีวิตกลุ่มญาติหรือบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน กลุ่มพระหรือนักบวชกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ กลุ่มหน่วยบริการที่จัดไว้ในชุมชน กลุ่มใจความช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกลุ่มอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าการแบ่งกลุ่มของแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของนักวิจัยแต่ละคน แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับการทำหน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน คือ การตอบสนองความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งชนิดและปริมาณที่เหมาะสมสำหรับบุคคล เพื่อให้บุคคลบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งแสดงถึงความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่ามีลักษณะการแบ่งแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้ทำการศึกษา ดังเช่น ทอยท์ส์ (Thoits, 1982) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็นสองด้าน ได้แก่ ด้านความจำเป็นด้านอารมณ์และสังคม และด้านความจำเป็นด้านข่าวสาร ในขณะที่

ที่คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสามด้านแต่มีความแตกต่างกัน คือ แบ่งเป็นด้านความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านได้รับการยอมรับ และด้านความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กับแบ่งเป็นด้านความจำเป็นในการดำรงชีวิต ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร ตามลำดับ ส่วนแบรนต์และไวเนิร์ต (Brandt & Winert, 1985) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็นห้าด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความมีคุณค่าในตนเอง และด้านกรได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามถึงแม้การแบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความแตกต่างกัน แต่หลักการตอบสนองความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น ต้องพิจารณาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมจึงไม่ได้ทำพร้อมกันในทุก ๆ ด้าน แต่จะเป็นการทำหน้าที่บางด้านที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาและลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (Thoits, 1982) และจะนำมาซึ่งความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความผาสุกของบุคคลได้ หากมีความสมดุลของการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม แต่ถ้าบุคคลรู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเป็นผู้ให้จะทำให้รู้สึกผิด ละอายใจ และไม่กล้าขอความช่วยเหลืออีก เมื่อจำเป็น ในขณะที่ถ้ารับรู้ว่าเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเป็นผู้รับก็จะเกิดความรู้สึกไม่ยุติธรรม และนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจในที่สุด ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลพึงพอใจและเกิดความผาสุกได้ต่อเมื่อแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากรณีปฏิบัติระหว่างบุคคลกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมพอเหมาะ แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เครียดได้ดี โอกาสเกิดปัญหาด้านจิตใจจึงลดลง (Rook, 1987) ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจึงนับเป็นอีกมิติหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ (Gibson, 1992)

สำหรับความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น นอร์เบค (Norbeck, 1991) กล่าวว่าขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของบุคคลและสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่บุคคลเผชิญ สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลโดยแมคลีอันและคณะ (McLean et al., 1991) ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการยกผู้ป่วย การขับถ่าย และการอาบน้ำ ซึ่งมีเพียง 4 ใน 20 รายเท่านั้นที่ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องเหล่านี้ และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยชั่วคราว นอกจากนี้ยังต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต และต้องการ

และต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งทั้งเบครายงานว่าเคยร้องไห้ในขณะที่ให้การดูแล การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านบริการ ข้อมูลและอารมณ์ นอกจากนี้ นอร์เบค แชนแฟทซ์ สโกดอล-วิลสัน และไวสส์ (Norbeck, Chافتaz, Skodol-Wilson & Weiss, 1991 อ้างถึงในเฟื่องลดา เกนไชยวงศ์, 2539 : 44) ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากกลุ่มตัวอย่าง 60 รายโดยแบ่งออกเป็น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเด็ก กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จำนวนกลุ่มละ 20 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ใหญ่มิมีความต้องการแรงสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านบริการ โดยเฉพาะด้านบริการนั้นผู้ดูแลต้องการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการรักษา มีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วยบ้าง และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความต้องการมีในสองกิจกรรมหลังสอดคล้องกับการศึกษาของแมคลินและคณะข้างต้น ส่วนด้านข้อมูลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สำหรับการศึกษายในประเทศไทย จันทร์เพ็ญ แชนวุ่น (2536 : 20) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ราย โดยหนึ่งในปัจจัยคัดสรรดังกล่าว คือ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536 : 80) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในสถานะผู้ดูแล จำนวน 104 ราย โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่นำมาศึกษาสาเหตุของความเครียด ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูงเช่นกันและเมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนด้านความมีคุณค่าในตนเองสูงสุด รองลงมาคือการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ต่ำสุด ซึ่งรวมด้านบริการด้วย

จากผลการวิจัยดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากนักวิจัยได้ให้ความสำคัญและเห็นสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก ในขณะที่ยังไม่มีกรให้คำนิยามของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจนและรัดกุม นักวิจัยส่วนใหญ่ได้ให้คำนิยามแรงสนับสนุนทางสังคมเฉพาะงานวิจัยของตน ใ้จุดเน้นจึงมีนิยามของแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้มีแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมหลายชนิดเกิดขึ้น แต่ยังเป็น

ที่ถกเถียงกันว่าการศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคมควรจะศึกษาถึงปริมาณหรือคุณภาพของแรงงานสนับสนุนทางสังคม แต่สำหรับการศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โรบินสัน (Robinson, 1990) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือที่จะนำมาใช้ว่าควรเป็นเครื่องมือที่ประเมินทั้งคุณภาพและปริมาณของแรงงานสนับสนุนทางสังคม และควรเป็นแบบประเมินปริมาณแรงงานสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ขึ้นกับจำนวนเครือข่ายทางสังคม ทั้งนี้เพราะเครือข่ายทางสังคมทั้งหมดไม่ได้เป็นแหล่งให้การสนับสนุนที่ดีกับผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจมีจำนวนเครือข่ายทางสังคมมาก แต่อาจไม่สามารถให้ประโยชน์กับผู้ดูแลได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ แบรินท์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985) ซึ่งประเมินแรงงานสนับสนุนทางสังคมตามแบบ สัมภาษณ์แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire 85) โดยศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความมีคุณค่าในตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าแบบสัมภาษณ์แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลสามารถประเมินแรงงานสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุมทั้งในมิติด้านโครงสร้าง การทำหน้าที่ และความพึงพอใจในแรงงานสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินแรงงานสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาในข้างต้นที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการแรงงานสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านบริการ ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือย่อมจะมีผลทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลตามมา

3.3 ทศนคติ

3.3.1 ความหมายของทศนคติ

“เจตคติ หรือ ทศนคติ” มาจากภาษาอังกฤษว่า “Attitude” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Aptus” ซึ่งแปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม (Allport, 1967 อ้างถึงใน ปรียธิดา เขิดชูเกียรติสกุล, 2537 : 15)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 226) ได้รวบรวมคำจำกัดความของทัศนคติ จากนักจิตวิทยาบางท่าน และสรุปว่า “ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะต่อสถานการณ์ภายนอก”

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2537 : 138) ได้สรุปไว้ว่า เจตคตินั้น หมายถึง กิริยาท่าทีรวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความโน้มเอียงของจิตใจ และแสดงออกต่อสิ่งเร้าหนึ่ง ๆ โดยแสดงออกไปทางสนับสนุน มีความรู้สึกเห็นดี เห็นชอบต่อสิ่งเร้านั้น หรือแสดงออกในทางต่อต้าน ซึ่งมีความรู้สึกที่ไม่เห็นชอบต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

ปรียธิดา เชิดชูเกียรติสกุล (2537 : 16) สรุปว่า เจตคติ คือ สถานภาพทางจิตใจของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ แล้วทำให้เกิดความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม เพื่อสนองตอบต่อสิ่งต่าง ๆ บุคคลต่าง ๆ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในด้านบวกและด้านลบ เช่น ชอบ ไม่ชอบ สนับสนุน หรือต่อต้าน

วิลาวรรณ ศรีงาม (2537 : 23) สรุปว่า เจตคติ เป็นสิ่งที่มีอยู่ในใจ เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ ทำให้เกิดเป็นความเชื่อ ความชอบ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ เจตคติทางบวกเมื่อรู้สึกชอบและแสดงการยอมรับโดยพร้อมที่จะเข้าไปหา หรือแสดงการปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงเมื่อไม่ชอบ ซึ่งเป็นเจตคติในทางลบ และเจตคตินี้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าได้รับความรู้หรือประสบการณ์ใหม่

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นการรับรู้หรือความเชื่อ ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงออกตอบโต้ต่อสิ่งนั้นใน 2 ลักษณะ ได้แก่ ทัศนคติทางบวก คือ ชอบ สนับสนุน และทัศนคติทางลบ คือ ไม่ชอบ ต่อต้าน หลีกเลี่ยง

3.3.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

จากความหมายข้างต้น สามารถแยกแยะองค์ประกอบของทัศนคติเป็น 3 ส่วน คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537 : 226)

3.3.2.1 องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เราจะมีทัศนคติต่อว่าดีมีประโยชน์หรือ เลว มีโทษ เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แล้วจึงเข้ามามีอิทธิพลต่อการตีความสิ่งต่างๆ ของบุคคล ความรู้หรือความเชื่อนี้อาจถูกหรือผิด และจะเป็นตัวตัดสินใจหรือโน้มนำให้เกิดอารมณ์ และการแสดงออก (วิลาวรรณ ศรีงาม, 2537 : 24)

3.3.2.2 องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทำที่กริยาที่แสดงออกว่าชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งเรานั้น เช่น เมื่อนึกถึงรถยนต์ (ซึ่งอาจจะออกมาในรูปลักษณะที่แตกต่างกัน) แสดงว่า บุคคลนั้นมีความรู้สึกในด้านบวก และมีความรู้สึกในด้านลบ ตามลำดับต่อรถยนต์นั้น

3.3.2.3 องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ขับรถยนต์ ซื่อ หรือให้คำชมเชยรถยนต์ เป็นต้น

จากแนวคิดของทัศนคติที่ ๖ ๖ ไป พอจะให้ความหมายได้ว่า ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด และท่าทีของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แสดงออกถึงการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ทั้งในทางที่ดีและในทางที่ไม่ดี

จะเห็นได้ว่า ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสำคัญมาก เนื่องจากทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ผู้ดูแลยอมรับผู้สูงอายุและเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างดี มองเห็นว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่าพอใจ และเกิดความพึงพอใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลลดความตึงเครียดด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกดังนี้

- 1) การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และยอมรับช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2) มีความตั้งใจจริงที่จะตอบสนองความต้องการที่คงไว้ซึ่งสภาพของ ความอยู่ดีมีสุข และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สุขสบายตามสภาวะที่เป็นอยู่
- 3) มีความตั้งใจจริงที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมของชุมชน และ โปรแกรมต่างๆ ที่จัดให้ตามสภาวะของผู้สูงอายุ
- 4) เอาใจใส่ต่อความผาสุกของผู้สูงอายุอย่างจริงใจ

- 5) เข้าใจและสนใจความสูญเสียของผู้สูงอายุที่ประสบอยู่
- 6) ยอมรับความสามารถและความจำกัดของผู้สูงอายุ
- 7) ศึกษาหาความรู้ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ (O'Brien, 1975 อ้างถึงใน ปรียธิดา เชิดชูเกียรติสกุล, 2537)

3.3.3 เครื่องมือวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบของทัศนคติ และจะต้องวัดเป็นภาพรวมๆ โดยพิจารณาจากกริยาท่าที การตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายด้านหลายประการรวมกัน นอกจากนั้นการวัดทัศนคติ ยังต้องบ่งบอกถึงปริมาณ ความมากน้อยของทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้า และทิศทางที่บอกว่า มีเจตคติไปในทางบวกหรือทางลบด้วย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2537 : 138)

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2524) ได้สรุปหลักเกณฑ์ที่ควรคำนึงถึงในการสร้างข้อความวัดเจตคติไว้ดังนี้ 1) ต้องเป็นข้อความที่โต้แย้งได้ และแสดงออกในลักษณะที่เป็นความเห็นมิใช่ข้อเท็จจริง 2) ต้องเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของเจตคติในหัวข้อเรื่องเดียวกัน 3) ต้องมีความหมายที่สมบูรณ์ และชี้ให้เห็นเจตคติอย่างเด่นชัดเพียงประเด็นเดียว 4) เป็นข้อความที่ง่าย ชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ควรเขียนเป็นเอกัตถประโยค 5) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์เทคนิคทางวิชาการ 6) ข้อความควรจะสั้น ไม่ควรใช้คำมากกว่า 20 คำ ในแต่ละประโยค 7) แต่ละข้อความต้องมีความคิด หรือใจความเดียว 8) ต้องระมัดระวังในการใช้คำคุณศัพท์ หรือกริยาวิเศษณ์ เช่น ทั้งหมด เสมอ ๆ ไม่เลย ไม่เคย เป็นครั้งคราว 9) ไม่ควรใช้ประโยคปฏิเสธ โดยเฉพาะประโยคปฏิเสธเชิงซ้อน ห้ามใช้เด็ดขาด

เครื่องมือวัดทัศนคติมีหลายชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยที่ผู้ให้ข้อมูลตอบเองหรืออาจจะใช้วิธีสัมภาษณ์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 228) เครื่องมือมีดังนี้ คือ 1) Equal Appearing Interval (Thurstone 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

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการของ Likert มี 5 ระดับ ซึ่งหลักเกณฑ์ในการสร้าง (ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ, 2537) สรุปได้ดังนี้

- 1) รวบรวมข้อความที่ต้องการวัดเจตคติ โดยหลีกเลี่ยงข้อความที่เป็นจริง ข้อความที่มีความกำกวม หรือมีความหมายเป็นสองนัย
- 2) ตรวจสอบข้อความที่รวบรวมได้ เพื่อความเหมาะสมและรัดกุมของข้อความ
- 3) นำไปทดลองใช้โดยกำหนดน้ำหนักในการตอบตัวเลือกต่าง ๆ แต่ละข้อความ วิธีที่นิยมมากคือวิธีที่นำข้อความที่จะใช้วัดเจตคติไปให้ผู้ตอบลงความเห็นว่ามีความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไรบ้าง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนน 5, 4, 3, 2 หรือ 1 คะแนน ในกรณีที่มีเจตคติทางบวก และให้คะแนน 1, 2, 3, 4 หรือ 5 คะแนน ตามลำดับ ในกรณีที่มีเจตคติทางลบ
- 4) นำผลที่ได้จากการทดลองมาใช้วิเคราะห์ข้อกระทง (Item Analysis) เพื่อหาอำนาจจำแนก แล้วคัดเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกสูงไว้ใช้เป็นแบบวัดเจตคติต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

