



ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
ระดับตติยง จังหวัดสุโขทัย



พิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
ระดับตติยง จังหวัดสุโขทัย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทาง
ร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย"
ของ พิศิษฐ์ ชื่นแจ่ม
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ลาวัณ)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กীরติสิโรจน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณวิจิตร)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย
ผู้วิจัย	พิศิษฐ์ ชื่นแจ่ม
สถานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กীরติสิโรจน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	ความเครียด, คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย, ผู้ดูแล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ในจังหวัดสุโขทัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล จำนวน 262 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะตนเองสัมพันธ์ภาวะระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ และความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 71.54$ $SD = 17.99$) และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ อายุของคนพิการ ($Beta = 0.258$, $p < 0.001$) ความเชื่อมั่นในการดูแล ($Beta = -0.293$, $p < 0.001$) การมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ($Beta = 0.141$, $p\text{-value} = 0.018$) คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของคนพิการ ($Beta = -0.144$, $p\text{-value} = 0.010$) การมีงานทำของผู้ดูแล ($Beta = 0.143$, $p\text{-value} = 0.016$) และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ($Beta = -0.131$, $p\text{-value} = 0.018$) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนในการส่งเสริมและพัฒนาผู้ดูแลคนพิการ

Title FACTORS AFFECTING THE STRESS AMONG CAREGIVERS OF PEOPLE WITH SEVERE MOBILITY OR PHYSICAL DISABILITY, SUKHOTHAI PROVINCE

Author PISIT CHUENJANG

Advisor Assistant Professor Orawan Keeratisiroj, Ph.D.

Academic Paper M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2021

Keywords stress, people with mobility or physical disability, caregivers

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to study stress and factors that affect the stress of caregivers of people with severe mobility or physical disability in Sukhothai Province. The sample consisted of 262 caregivers. Data were collected using the interview included a self-awareness, relationship between a disabled person and a caregiver, social support, care relatives' care burden, beliefs about sin, and caregiver stress, which has reliability values of more than 0.80. Data were analyzed by frequency, percentage, average, standard deviation, and multiple linear regression analysis.

The results showed that caregivers of people with mobility or physical disability had moderate stress scores ($\bar{x} = 71.54$ SD = 17.99) and factors affecting the stress of caregivers with mobility or physical disability included age of people with disability (Beta = 0.258, $p < 0.001$), confidence in care (Beta = -0.293, $p < 0.001$), having a spouse as a caregiver (Beta = 0.141, p -value = 0.018), Disability's daily routine ability score (Beta = -0.144, p -value = 0.010), Employed caregivers (Beta = 0.143, p -value = 0.016) and beliefs about sin (Beta = -0.131, p -value = 0.018). The results of this study can be used as a way to plan for promoting and developing people with disabilities.



ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยเล่มนี้ สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์เป็นอย่างดีจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ที่ให้คำแนะนำ ตรวจสอบเครื่องมือ จาก รองศาสตราจารย์อุมาพร ฉัตรวิโรจน์ อาจารย์โพรแกรม
วิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา
คำสอน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และนางสาวกาญจนา เหลี่ยมการค้า
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ตลอดจน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.นายแพทย์ ปองพล
วรปาณี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดสุโขทัย และ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ซึ่งเป็นพื้นที่ในการวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บ
ข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดี

พิศิษฐ์ ชื่นแจ่ม



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
ประกาศคุณูปการ.....ฉ	ฉ
สารบัญ.....ช	ช
สารบัญตาราง.....ฌ	ฌ
สารบัญภาพ.....ฉุ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ.....1	1
ความเป็นมาของปัญหา.....1	1
คำถามงานวิจัย.....4	4
วัตถุประสงค์ของวิจัย.....4	4
สมมติฐานงานวิจัย.....4	4
ขอบเขตของงานวิจัย.....4	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....5	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....6	6
คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย.....7	7
ผู้ดูแล.....15	15
ความเครียดของผู้ดูแล.....20	20
แนวคิด และทฤษฎี.....24	24
งานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....28	28

บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
การคำนวณขนาดตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	42
จริยธรรมในการวิจัย	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ด้านประชากร	45
ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของคณพิการด้านประชากร	48
ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อมระบบเล็ก ความสัมพันธ์กับคณพิการ สัมพันธภาพ ระหว่างคณพิการกับผู้ดูแล ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อมระบบนอก	49
ส่วนที่ 4 ความเครียดของผู้ดูแลคณพิการ	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	64
สรุปผลการวิจัย	64
การอภิปรายผล	67
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้	70
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	71
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	77
ประวัติผู้วิจัย	98

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 การประยุกต์ PPCT Model สำหรับศึกษาสถานการณ์การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และร่างกายในบริบทประเทศไทย.....	27
ตาราง 2 จำนวนการสุ่มตัวตัวอย่าง.....	36
ตาราง 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล (n = 262)	45
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของคนพิการ (n = 262)	48
ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของการรับรู้สมรรถนะของตนเองจำแนกรายข้อ (n = 262)	49
ตาราง 6 คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (n = 262).....	50
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละสัมพันธ์ภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแลจำแนกรายข้อ (n = 262).....	51
ตาราง 8 คะแนนรวมสัมพันธ์ภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล (n = 262)	52
ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคนพิการจำแนกราย ข้อ (n = 262).....	53
ตาราง 10 คะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคนพิการ (n = 262).....	54
ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของความรู้สึการเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกรายข้อ (n = 262).....	54
ตาราง 12 คะแนนรวมความรู้สึการเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลคนพิการ (n = 262)	56
ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของผู้ดูแลจำแนกรายข้อ (n = 262)	56
ตาราง 14 คะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของผู้ดูแล (n = 262)	57

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของความเครียดของผู้ดูแลจำแนกรายข้อ (n = 262).....58

ตาราง 16 คะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแล (n = 262)60

ตาราง 17 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล: การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว..61

ตาราง 18 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล: การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ.....62



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	33
---------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้พิการในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันมีคนพิการที่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการ จำนวน 2,095,205 คน คิดเป็นร้อยละ 3.17 ของประชากรทั้งประเทศ เป็นคนพิการเพศชาย 1,094,210 คน คิดเป็นร้อยละ 52.22 และเป็นคนพิการเพศหญิง 1,000,995 คน คิดเป็นร้อยละ 47.78 เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของคนพิการ พบว่า อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 39.80, 22.12, 20.88, 12.52 ตามลำดับ ในเขตกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 4.64 ส่วนที่เหลือร้อยละ 0.04 รอคอยยื่นยื่นข้อมูล โดยประเภทความพิการที่มากที่สุด คือ ทาง การเคลื่อนไหวหรือร่างกาย จำนวน 1,048,065 คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) ซึ่งคนพิการแต่ละประเภทมีข้อจำกัดแตกต่างกัน และมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2554) และคนพิการมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพสูงกว่าคนทั่วไป เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและความพิการยังทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (World Health Organization & The World Bank, 2011)

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนนับได้ว่าเป็นภาระงานที่หนัก เนื่องจากเป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระแต่ถ้าจำเป็นจะต้องไป ก็มีความกังวลและกลัวว่าคนพิการจะเป็นอะไรในระหว่างที่ตนไม่อยู่ดังนั้น ผู้ดูแลคนพิการจึงจำเป็นต้อง ละ เลิกกิจกรรมทางสังคม (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) นอกจากนี้การไปรับบริการสุขภาพ มักมีค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นปัญหาต่อคนพิการและครอบครัวที่มักมีเงินจำกัดเพื่อใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพ ซึ่งการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าใช้จ่ายที่สูงในแต่ละครั้ง ถึงแม้ไม่ต้องร่วมจ่าย 30 บาท แต่ต้องจ่ายค่าเดินทางซึ่งมากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า (ชนกานต์ แสงคำกุล และคณะ, 2560) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีบทบาทในการดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของคนพิการในขณะที่ตนเองก็มีบทบาทภาระหน้าที่ความรับผิดชอบจากงานประจำ มีการดำเนินชีวิตส่วนตัวและการดูแลสุขภาพของคนอื่นในครอบครัว เช่น การดูแลบุตร สามีหรือภรรยา

ของตนเอง ทำให้ต้องดำรงหลายบทบาทหน้าที่ในเวลาเดียวกัน ก่อให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน (สุดาสิณี สุทธิฤทธิ และคณะ, 2564)

ผู้ดูแลคนพิการเป็นกลุ่มเสี่ยงที่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรมองข้าม ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายการดูแลคนที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเป็นมาตรการที่สำคัญในการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนพัฒนาแห่งชาติแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยในช่วง พ.ศ. 2559-2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมดำเนินนโยบายการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของประเทศไทย มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ แต่บริการเหล่านี้ไม่ได้เกิดผลโดยตรงต่อผู้ดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างแท้จริง (อนันต์ พวงคำ และคณะ, 2563) จากการสังเกตของผู้วิจัยขณะเยี่ยมบ้านคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่สูญเสียความสามารถระดับรุนแรง พบว่ามีความแตกต่างของการดูแลคนพิการตามสภาพ ภาวะของผู้ดูแล ยกตัวอย่างเช่น คนพิการบางรายได้นอนที่นอนลมพร้อมกับได้รับการพลิกตัวตามเวลาที่เหมาะสม บางรายได้นอนพื้นกระดานและไม่ได้รับการพลิกตัว บางรายเนื้อตัวสะอาด ได้รับการทำความสะอาดจากผู้ดูแล แต่บางรายมีเนื้อตัวที่สกปรกไม่ได้รับการทำความสะอาด บางรายได้พบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ บางรายไปพบแพทย์ขณะที่อาการทรุดลงแล้ว เป็นต้น จากภาระการดูแลที่หนักและระยะเวลายาวนานในการดูแลคนพิการกลุ่มนี้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้าและก่อให้เกิดความเครียดสูงได้ ตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหามากมายด้านไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะทางการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตัวเอง (วัจนา ลีละพัฒนะ และสายพิณ หัตถิรัตน์, 2558) ผู้ดูแลจะต้องมีการปรับตัวจากสภาพเดิมของตนเองตามปกติในชีวิตประจำวันมารับภาระต่าง ๆ ทั้งการดูแลด้านอาหารการกิน การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การทำความสะอาดแผลกดทับให้กับผู้พิการ ผู้ดูแลผู้พิการบางคนก็มีความรู้ ความสามารถที่จะดูแลและทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ได้เองที่บ้าน ผู้ดูแลผู้พิการบางคนก็ต้องจ้างผู้ดูแลอื่นมาทำให้ในกิจกรรมบางอย่าง เช่น ใส่สายให้อาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพความพิการของแต่ละคนและการดูแลที่จัดให้ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียงได้รับผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์และ สังคมส่งผลให้ผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังในระหว่างการดูแลซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพคนพิการและปริมาณระยะเวลาที่ให้การดูแล พฤติกรรมของคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง สิ่งก่อกวนความเครียดภายในครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า ผู้ดูแลคือ ผู้ป่วยซ่อนเร้น (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) จังหวัดสุโขทัยมีคนพิการรวมทุกประเภทจำนวน 24,443 คน ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 16,140 คน คิดเป็นร้อยละ 66.03 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2560) โดยคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี บางส่วนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และส่วนหนึ่งที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกือบทั้งหมด การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลคนพิการที่นอนติดเตียงพบว่า ผู้ดูแลคนพิการที่นอนติดเตียงมีความเครียดในระดับสูง โดยมีระดับความเครียดมากที่สุด ด้านการปรับตัวของคนในครอบครัว จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงการทำงาน การไม่มีเวลาทำอย่างอื่น

ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจถึงผลกระทบเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือปัญหาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ซึ่งหากพิจารณาตามข้อเท็จจริงแล้วคงปฏิเสธไม่ได้ว่า ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงที่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมสุขภาพ และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ของการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ในทางตรงกันข้ามความเครียดและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยเองและไม่สามารถดูแลคนพิการได้ อาจเป็นที่มาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นำมาซึ่งค่าใช้จ่ายทั้งครอบครัวของคนพิการเองและของโรงพยาบาลรวมถึงภาระของบุคลากรสุขภาพที่ต้องให้การรักษายาบาลต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง เพื่อเป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้านและพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการที่นอนติดเตียงที่บ้าน ให้เหมาะสมต่อไป

คำถามงานวิจัย

1. ความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงในจังหวัดสุโขทัยอยู่ใน ระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงในจังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงจังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานงานวิจัย

ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ด้านทรัพยากรภายใน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ประสบการณ์ดูแลคนพิการ ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการ ด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ด้านความต้องการ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจ ระยะเวลาความพิการ ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อม ระบบเล็ก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนพิการ สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล ระบบภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ระบบใหญ่ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของงานวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ประกอบไปด้วย ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ด้านประชากร และด้านทรัพยากรภายใน ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการ ได้แก่ ด้านประชากร และด้านความต้องการ ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อม ได้แก่ ระบบเล็ก ระบบภายนอก และระบบใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในระดับติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย โดยรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2561 - มกราคม 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่น ๆ โดยที่ห้องไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลในการดูแล

2. คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง หมายถึง คนพิการที่ได้รับการประเมินจากแพทย์และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ ประเภทพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายและได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) กลุ่มที่ 3 คือ คนพิการที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทุพพลภาพ

3. ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกาย และจิตใจเสียไปซึ่งมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงในจังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, U., 2005) มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

ปรับหัวข้อการทบทวนเอกสารและงานวิจัยใหม่ ดังนี้

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

1. คนพิการทางการเคลื่อนไหว

2. นโยบายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ดูแล

1. ผู้ดูแลคนพิการ

2. บทบาทผู้ดูแล

3. คุณลักษณะของผู้ดูแลคนพิการ

ความเครียดของผู้ดูแล

1. ความหมายของความเครียด

2. ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

3. การประเมินความเครียด

แนวคิด และทฤษฎี

1. แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory)

2. การประยุกต์การใช้ทฤษฎี

งานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

คนพิการทางการเคลื่อนไหว

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่อง หรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา

2. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน

2.1 หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ครอบคลุมลักษณะดังต่อไปนี้

2.1.1 แขนหรือขาอ่อนแรงหรือมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุทางสมอง อุบัติเหตุไขสันหลัง มะเร็ง โรคติดเชื้อที่สมองหรือไขสันหลัง ภาวะผิดปกติทางสมองหรือไขสันหลัง ตั้งแต่กำเนิด

2.1.2 แขนขาขาดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุมะเร็ง แขนขาขาด หายตั้งแต่กำเนิด

2.1.3 โรคข้อ หรือกลุ่มอาการปวด เช่น รูมาตอยด์ ข้อเข่าเสื่อม

2.1.4 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เหนื่อยง่าย จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคปอด

2.2 หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางร่างกาย ครอบคลุมลักษณะ ดังต่อไปนี้

ภาพลักษณ์ภายนอกร่างกายที่เห็นชัดเจน จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วม ทางสังคม เช่น

2.2.1 คนแคระ รูปร่างเตี้ยเล็ก ลำตัวและความยาว แขนขาไม่ได้สัดส่วน (Disproportional Achondroplasia) รูปร่างอ้วนกลม เนื่องจากมีไขมันสะสมบริเวณลำตัวมาก น้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าเป็นเด็กชายมักมีอวัยวะเพศเล็กไม่สมวัย การขาดโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ไม่มีผลกระทบต่อระดับสติปัญญาของเด็ก (แต่ก็มีปัญหาด้านจิตใจ) เรียกภาวะนี้ว่าการเตี้ยแคระ หรือ Achondroplasia (กรณีนี้ต้องมีการตรวจประเมินว่า ไม่สามารถจะทำการรักษาได้แล้ว หรือภายหลัง สิ้นสุดการรักษา)

2.2.2 หลังคุด หรือผิดปกติอย่างรุนแรงที่เห็นเด่นชัด เมื่อดูด้วยตาเปล่า มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ภายนอก อย่างรุนแรง (กรณีต้องมีการประเมินว่าไม่สามารถจะทำการรักษาโดยการผ่าตัดได้ แล้วหรือภายหลังสิ้นสุดการ หรือผ่าตัดแล้วยังมีหลังคุดมาก หรือผู้ป่วยไม่ยินยอมผ่าตัด)

2.2.3 ใบหน้า หรือศีรษะที่ผิดปกติ เช่น

1) หู ตา จมูก ปาก ที่ผิดปกติ ผิดตำแหน่ง ผิดขนาด อาจจากสาเหตุอุบัติเหตุ ไฟไหม้ หรือโดนสารเคมี เช่น น้ำกรด

2) ปากแห้งเพดานโหว่รุนแรง แม้ผ่าตัดแก้ไขความพิการแล้วก็ยังไม่ปกติ

3) ไม่มีใบหูแม้เพียงข้างเดียว

2.2.4 โรคผิวหนังที่เห็นเด่นชัดและรักษาไม่หาย และมีรอยโรคให้เห็นได้ตลอดเวลา เช่น โรคท้าวแสนปม (Neurofibromatosis) เด็กดักแด้ (Lamellar Ichthyosis) คนเผือก (Albanism) ที่รุนแรง ต่างจากที่เป็นบนใบหน้าที่เป็น เกินร้อยละ 50 ของใบหน้า

2.3 แนวทางการตรวจและประเมินความพิการ

2.3.1 ตรวจร่างกายจากภาพลักษณ์ภายนอก รูปร่าง ใบหน้า ศีรษะ ลำตัว

2.3.2 ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ ในกรณีที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง

2.3.3 ตรวจการเคลื่อนไหวของมือ แขน ขา เท้า โดยมีการประเมินการทำงานของมือ เท้า แขน ขา ในการทำ หลักในชีวิตประจำวัน (Activities Daily Living: ADL) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การรับประทานอาหาร (ประเมินข้างที่ขาด หรืออ่อนแรง โดยไม่มีเครื่องช่วยพยุงหรือคนช่วยใด ๆ)

วิธีการประเมิน ให้ใช้มือหรือแขนข้างที่ผิดปกติโดยให้ผู้ป่วยใช้มือจับ แก้วน้ำที่มีน้ำอยู่ 2 ใน 3 ของแก้ว (แก้วธรรมดาไม่มีหู) ยกแก้วขึ้นเพื่อจะดื่ม ถ้าไม่สามารถยกได้ หรือยกแล้วแก้วตก หรือยกแล้วมือสั่นน้ำหกเรี่ยราด ไม่สามารถตักน้ำจากแก้วได้ ถือว่าไม่ผ่าน สามารถประเมินว่าเป็นคนพิการได้ในกรณีนี้ถ้าแขนหรือมือขาดหาย ก็ให้ถือว่าเป็นคนพิการได้เลย

2) การเดิน (ประเมินขาข้างที่ขาด หรืออ่อนแรงโดยไม่มีเครื่องพยุงหรือคนช่วยใด ๆ) วิธีการประเมิน โดยถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เพียง 1 ข้อ ก็พิจารณาได้ว่าเป็นคนพิการ

3) เดินไม่ได้

4) ยืนไม่ได้

5) เดินบนพื้นราบได้ไม่ถึง 10 ก้าว หรือเดินได้ในระยะสั้นไม่เกิน 10 เมตร แล้วมีอาการเหนื่อยหอบมาก ไม่มีแรงที่จะเดินต่อไป ต้องนั่งรถเข็นอยู่ตลอดเวลา

6) เดินได้แต่ทรงตัวไม่ดี เช่น ล้มบ่อย เดินก้าวสั้น ๆ และสั้น เดินแล้วเกร็งมาก เดินไม่มั่นคง

7) เดินแล้วตัวโยกไปมา เนื่องจากขาสั้นมากกว่า 5 เซนติเมตร

8) เดินแล้วปลายเท้าตก หรือข้อเท้ามีข้อยึดติดมากในท่าเขย่ง

2.4 หลักการในการวินิจฉัยเพื่อลงความเห็นว่ามี ความบกพร่องหรือความพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

2.4.1 กรณีแขนขาขาด ให้วินิจฉัยได้ทันที

2.4.2 กรณีอ่อนแรงของแขนหรือขา จากโรคหลอดเลือดสมอง โรคของสมอง อุบัติเหตุทางสมอง หรือไขสันหลัง หรือ โรคทางระบบประสาท ทั้งหมดต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หรืออยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ผู้รักษาและฟื้นฟู

2.4.3 กรณีอ่อนแรงของแขนหรือขาจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวาย โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ให้ทำการรักษา โรคนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้ประเมิน และออกเอกสารรับรองให้

2.4.4. กรณีปวดหลัง เช่น หมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท ภายหลังจากการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้ว อย่างน้อย 6 เดือน ยังคงมีอาการปลายเท้าตก ปวดมากจนเดินไม่ได้เดินได้ไม่ถึง 10 ก้าว เพราะปวดหรืออ่อนแรง ต้องนั่งรถเข็นอยู่ตลอดเวลา หรือต้องใช้เครื่องช่วยเดิน

2.4.5 กรณีข้อเข่าเสื่อม ภายหลังรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนแล้วยังคงมีเข่าโก่งเวลาเดิน ตัวจะเอียงไปมาเดินแล้วยังปวดเข่ามาก เดินไม่ถึง 10 ก้าวต้องนั่งรถเข็นตลอดเวลา หรือต้องใช้เครื่องช่วยเดิน ให้แพทย์ผู้รักษาและฟื้นฟูเป็นผู้ประเมิน และออกเอกสารรับรองให้

2.4.6 กรณีปลายเท้าเขย่งมากกว่าอีกข้างหนึ่ง อาจจะเป็นแต่กำเนิด หรือ ภายหลัง จะต้องสั้น มากกว่า 5 เซนติเมตร เมื่อเทียบกับข้างที่ปกติสามารถวินิจฉัยได้ทันที

(กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555)

นโยบายที่เกี่ยวข้อง

จากเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 เป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่คุ้มครองสิทธิของคนพิการระบุว่า โดยที่คนพิการเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ แต่เนื่องจากสภาพของความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตในการประกอบอาชีพและในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและโดยที่สมควรสนับสนุนส่งเสริม ให้คนพิการได้มีโอกาสในด้านต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตและประกอบอาชีพและมีส่วนในกิจกรรม ของสังคมเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป ในกรณีนี้สมควรให้คนพิการได้รับการคุ้มครอง การสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ การการศึกษาทางสังคมและการ ฝึกอาชีพ ตลอดจนแก้ไขปัญหาและขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจและสังคมให้แก่คนพิการ รวมทั้งให้สังคมมีส่วนร่วมในการเกื้อกูล และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบกับประเทศไทย ได้รับเอาเงื่อนไขของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการและปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนมาเป็นหลักในการตรากฎหมายภายในประเทศ และการที่รัฐได้ กำหนดให้มีกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (Ministry of Social Development and Human Security) เป็นหน่วยงานราชการไทยประเภทกระทรวงทำหน้าที่ เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพและความมั่นคงในชีวิต สถาบันครอบครัวและชุมชน ในปี 2545 ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และมีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่แต่เดิมรัฐได้จัดตั้งกรม ประชาสงเคราะห์ สังกัดกระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลเรื่องคนพิการในระดับ กลุ่มงาน เป็นงานคนพิการ ในฝ่ายสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง กองสวัสดิการสงเคราะห์ ซึ่งในระยะ เริ่มแรกเน้นการให้บริการด้านสวัสดิการสงเคราะห์ให้แก่คนพิการ แต่เดิมกรมประชาสงเคราะห์และองค์กรเอกชนด้านคนพิการเล็งเห็นความสำคัญใน เรื่องสิทธิและโอกาสของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงได้ร่วมกันผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ และเมื่อรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งพระราชบัญญัตินี้ได้จัดตั้ง “สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (ส.ก.)” ขึ้นเป็นหน่วยงานระดับกอง สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย กรมฯ ได้โอนงานคนพิการในฝ่ายสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง กองสวัสดิการสังคม มารวมที่สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นสำนักทะเบียนกลางสำหรับคนพิการ ดำเนินการทั้งงานด้านวิชาการ การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สนับสนุน

หน่วยงานสถาบันที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ต่อมาในเดือนกันยายน 2536 มีการโอนสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ กรมประชาสงเคราะห์ จากสังกัดกระทรวงมหาดไทย ไปสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการถูกเปลี่ยนชื่อเป็น “สำนักส่งเสริม และพิทักษ์คนพิการ (สทก.)” สังกัดสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ ทำหน้าที่เช่นเดียวกับสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเน้นงานวิชาการและการจัดทำองค์ความรู้ด้านคนพิการ สำหรับงานการบริการ และสวัสดิการสงเคราะห์แก่คนพิการ ดำเนินการโดย สำนักบริการสวัสดิการสังคมกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ต่อมารัฐได้ตราพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556) พ.ศ.2556 โดยสิทธิที่สำคัญของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพ.ศ.2556 (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556) ได้แก่

1. การกำหนดนโยบาย กฎ ระเบียบ มาตรการ โครงการ หรือวิธีปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน หรือบุคคลใดในลักษณะที่เป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ จะกระทำมิได้

2. คนพิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถหรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถไปยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลหรือผู้ดูแลคนพิการ แล้วแต่กรณี จะยื่นคำขอแทนก็ได้

3. คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ เช่น

3.1 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

3.2 การศึกษา

3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

3.4 การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่

3.5 การช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็น สาธารณะ ผลลัพธ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมาย และการจัดหาทุนความว่าต่างแก้ต่างคดี

3.6 ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภท

3.7 บริการล่ามภาษามือ

3.8 สิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการ ใดๆติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใด ๆ

3.9 การจัดสวัสดิการเบี่ยงความพิการ

3.10 การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยการมีผู้ช่วยคนพิการหรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่น

4. ผู้ช่วยคนพิการ ให้มีสิทธิได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นค่าบริการและค่าธรรมเนียม

5. คนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดูจากหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่มีสถานสงเคราะห์เอกชนจัดที่อยู่อาศัยและสวัสดิการให้แล้ว รัฐต้องจัดเงินอุดหนุนให้แก่สถานสงเคราะห์เอกชนนั้น

6. ผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำฝึกอบรมทักษะ การเลี้ยงดูการจัดการศึกษาการส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้พึ่งตนเองได้

7. คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษีตามที่กฎหมายกำหนด

8. องค์กรเอกชนที่จัดให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่กำหนด มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษีเป็นร้อยละของจำนวนเงินค่าใช้จ่าย

9. เงินสนับสนุนแผนงานหรือโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

10. สมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยได้รับเงินสนับสนุนสำหรับค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ

11. กู้เงินเพื่อการประกอบอาชีพ

12. เข้าทำงานโดยนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงาน

13. เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ บริการขนส่ง หรือบริการสาธารณะอื่น

14. เจ้าของอาคาร สถานที่ ยานพาหนะบริการขนส่ง หรือผู้ให้บริการสาธารณะอื่น ซึ่งได้จัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี หรือยกเว้นภาษีเป็นร้อยละของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด

15. นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการที่จ้างคนพิการเข้าทำงานมากกว่าร้อยละหกสิบของลูกจ้างในสถานประกอบการนั้น โดยมีระยะเวลาจ้างเกินกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวันในปีภาษีใดมีสิทธิได้รับยกเว้นภาษีเงินได้ในปีภาษีนั้นตามที่กฎหมายกำหนด (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556)

สิทธิประโยชน์ที่สำคัญของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการตามกฎหมายต่าง ๆ คนพิการมีสิทธิเข้าถึงประโยชน์ที่ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐดังต่อไปนี้

1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ การเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

2. การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติหรือแผนการศึกษาแห่งชาติหรือแผนการศึกษาการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

3. การฟื้นฟูด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงานมาตรการเพื่อการทำงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานกำหนด

4. การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

5. การช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาบริการอันเป็นสาธารณะ ผลิตรภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมายและการจัดหาทุนความว่าต่างแก้ต่างคดี ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

6. ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภทตลอดจนบริการสื่อสารสาธารณะจากหน่วยงานของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กำหนดในกฎกระทรวง

7. บริการล่ามภาษามือตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

8. สิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการใด ๆ ติดตัวไป ในยานพาหนะหรือสถานที่ใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทางและการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะโดยได้รับการยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียม และค่าเช่าเพิ่มเติม สำหรับ สัตว์เครื่องมืออุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว

9. การจัดสวัสดิการเบี่ยงความพิการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

10. การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

10.1 ผู้ช่วยคนพิการให้มีสิทธิได้รับการลดหย่อนหรือการยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

10.2 คนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดูจากหน่วยงานของรัฐในกรณีที่มีสถานสงเคราะห์เอกชนจัดที่อยู่อาศัยและสวัสดิการให้แล้วรักต้องจากเงินอุดหนุนให้แก่สถานสงเคราะห์เอกชนนั้นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

10.3 ผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษาแนะนำฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดูการจัดการศึกษาการส่งเสริมอาชีพและการได้กรอกความจริงอยากเห็นอะไรเข้าไปดูในอินเตอร์เน็ตอะไรก็ได้มีงานทำตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้พึ่งตนเองได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

10.4 คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษีตามที่กฎหมายกำหนด

10.5 องค์การเอกชนที่จัดให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามมาตรานี้มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษีเป็นร้อยละของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556)

ผู้ดูแล

ผู้ดูแลคนพิการ

ในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ดังนี้ ผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กัน เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพ อาจมีความพิการหรือมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแลผู้ดูแล โดยการดูแลเกิดขึ้นภายในบ้านหรือที่พักอาศัย ซึ่งผู้ดูแลนั้นให้การดูแลด้วยความรัก ปราบปรามดี และไม่ต้องการสิ่งใดตอบแทน มีการแบ่งประเภทของผู้ดูแล ออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าบุคคลอื่น
2. ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล ซึ่งอาจช่วยหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือ อาจมีบทบาทเป็นผู้ช่วยของ ผู้ดูแลหลักก็ได้

ซึ่งการกำหนดตัวบุคคลเพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแลนั้น คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณาความเหมาะสมต่อการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อาจมีการคัดเลือกมาจากผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ในหลายด้าน เช่น อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย อาชีพ หรืองานประจำที่ทำอยู่ หรือแม้กระทั่งแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือซึ่งปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งนอกจากนี้ แรงจูงใจในการดูแลยังเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลทำหน้าที่ของผู้ดูแลโดยแรงจูงใจ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ แรงจูงใจในการช่วยเหลือที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง (Egoistic motivation) เช่น สมาชิกในครอบครัว แต่ทั้งนี้ในบางครอบครัวอาจพบว่ามีแรงจูงใจทั้ง 2 ประเภท ประกอบเข้าด้วยกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว รวมทั้งบุคคลนั้น ๆ ปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาล้วนส่งผลต่อความพร้อม และความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งสิ้น เนื่องจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น จะต้องมีความทุ่มเท เอาใจใส่ และสามารถเผชิญปัญหา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้เป็นอย่างดี เพราะต้อง

ให้การดูแลเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่อง ยาวนาน และดำรงชีวิตอยู่กับผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพไม่แน่นอนตลอดเวลา อาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล โดยเฉพาะความเครียด ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย เพศหญิง โสด และไม่มีภาระทางสังคมมากนัก หากประกอบอาชีพประจำอยู่ อาจต้องลาออกหรือปฏิบัติทั้งบทบาท 2 พร้อมกัน เนื่องจากภายหลังบาดเจ็บหรือล้มป่วยต่อของคนพิการ เช่น ความพิการด้านร่างกาย ความผิดปกติทางสมอง ซึ่งมีแนวคิดคล้ายกับโรคเรื้อรัง จึงต้องการญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเช่นเดียวกัน โดยลักษณะงานของผู้ดูแล ได้แก่

1. งานที่เกิดจากข้อจำกัดด้านร่างกายของคนพิการ ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากความพิการทางด้านร่างกาย หรือความผิดปกติทางร่างกายที่ส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะความพิการต่าง ๆ เช่น การสูญเสียแขนขา หากความพิการนั้นมีความรุนแรง ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องการผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจกรรมที่เกิดจากข้อจำกัดด้านร่างกาย และงานประเภทนี้ผู้ดูแลสามารถคาดคะเน และวางแผนล่วงหน้าได้ เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับอาหาร หรือการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

2. งานที่เกิดจากปัญหาความผิดปกติทางด้านความคิด สติปัญญา และพฤติกรรม ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ซึมเศร้า อาการหวาดระแวง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลและควบคุมอย่างใกล้ชิด และไม่สามารถคาดการณ์ได้ เนื่องจากสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น ผู้ดูแลเองอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และวิตกกังวลจากงานดังกล่าวได้ รวมทั้งเหตุการณ์ดังกล่าวยังเป็นปัญหาเรื้อรังที่ผู้ดูแล เผชิญอยู่นอกจากนี้ยังพบอาการทางกาย เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หูแว่ว นอนหลับยาก อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ เป็นต้น

3. งานที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการดูแลประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยส่วนตัวของคนพิการ และผลกระทบจากโรคของผู้ป่วย แต่ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะอาจไม่พบมากนัก

บทบาทผู้ดูแล

การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการกระทำทำให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเองที่เกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ

1. ความบกพร่องทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากโรคความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานหรือกิจกรรมการดูแลรักษาเฉพาะเจาะจงของแต่ละโรคเช่น การฉีดยา การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

2. ความเป็ยงเบนทางพฤติกรรม เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบได้ในผู้สูงอายุหรือ เป็นผู้พิการทางสมองที่เกิดจากภาวะของโรค

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลที่บ้านต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งสิ้นอย่างไรก็ตามกิจกรรมที่เกิดจากความบกพร่องทางด้านร่างกายนั้นมักเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถวางแผนคาดการณ์และจัดเวลาล่วงหน้าได้ว่าจะทำอะไร เมื่อใด แต่สำหรับกิจกรรมที่เกิดจากปัญหาความเป็ยงเบนทางพฤติกรรมหรือสภาพทางจิตอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น มักจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้นผู้ดูแลที่บ้านอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) ผู้ให้การดูแล (Care Providers) และ 2) ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (Care Manager) ต้องดำรงบทบาทอย่างใดนั้นจะถูกตัดสินโดยสภาวะทางสังคมของครอบครัว โดยเฉพาะสภาวะทางเศรษฐกิจนั้นซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการจัดหาบริการ สำหรับการให้การดูแลผู้ดูแล จะเป็นผู้ให้บริการด้วยตนเองโดยกระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการรักษาที่มีข้อกำหนดต่าง ๆ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ การนำส่งโรงพยาบาล การทำธุระต่าง ๆ การเตรียมอาหารการ ทำงานบ้านซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลกิจกรรมส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหารการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย รวมทั้งกิจกรรมการรักษาที่บ้าน เช่น การฉีดยา การทำความสะอาดแผลรวม ทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาและพลังงานส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้เวลาในการดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ภาระงานประจำ การให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เวลาส่วนตัว รวมทั้งการดำเนิน

บทบาททางสังคมของผู้ดูแลดลงขาดโอกาสปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และ สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นเหตุให้ผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาในการทำงานเกิดภาวะเครียดจนเป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้ดูแลได้

จะเห็นได้ว่า การให้การดูแลที่บ้านนั้น ผู้ดูแลต้องจัดการให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 บทบาท โดยต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งไม่มีเวลาหยุดพักยิ่งกว่านั้นผู้ดูแลที่บ้านยังต้องดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในครอบครัว และ ส่วนตัวที่มีอยู่ให้เชื่อมต่อการดูแล ซึ่งต่างจากการเป็นผู้ดูแลที่โรงพยาบาล ซึ่งจะเผชิญเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยที่มีบุคลากรทางการแพทย์มากมายที่พร้อมจะตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ และการดูแลที่มีปัญหาตลอดเวลา และผู้ดูแลที่โรงพยาบาลนั้นยังสามารถละทิ้งผู้ป่วยได้เป็นบางครั้งซึ่งมีผู้ดูแลอื่น ๆ สามารถทดแทนทำหน้าที่นั้นได้ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่บ้านนั้นต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นสูงอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลาจนอาจเป็นผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้

คุณลักษณะของผู้ดูแลคนพิการ

คุณลักษณะของผู้ดูแลคนพิการเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งในบริบทผู้ดูแลในประเทศไทย และในต่างประเทศ (วรรณรัตน์ ลาวัณ, 2564) ดังนี้

1. อายุ ทุกกลุ่มอายุมีส่วนร่วมเป็นผู้ดูแล โดยเฉพาะวัยกลางคน อาจเนื่องมาจากวัยนี้เป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมมากกว่าวัยอื่น คือ 1) มีความเป็นผู้ใหญ่ในความคิด เพราะผ่านประสบการณ์ที่ต้องตัดสินใจ มากกว่าผู้ที่อายุน้อย 2) มีสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลวัยสูงอายุ และ 3) มีบริบทที่นำไปสู่การถูกเลือกเป็นผู้ดูแล มี คู่สมรส บุตร บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ หรือคนรู้จัก) ประเด็นที่น่าสนใจคือ แนวโน้มผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุมากขึ้น เนื่องมาจากแนวโน้มอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้น และลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยว

2. เพศ ผู้หญิงและผู้ชายมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแล แต่ส่วนมากหรือประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศ หญิง ซึ่งประเทศไทยมีสัดส่วนผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงสอดคล้องกับชาติตะวันออกอย่างอินเดียที่มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าสัดส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้ว อาจเนื่องมาจาก 1) บริบทครอบครัวที่หญิงมีหน้าที่หลักในการ ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว 2) ความคาดหวังทางสังคมที่คาดหวังว่าผู้หญิงจะสามารถดูแลได้ดีกว่าเพศ ชายหรือแม้กระทั่ง และ 3) ผู้หญิงมีอายุยืนมากกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มว่า ผู้ชายจะเข้ามามีบทบาท การดูแลมากขึ้น อาจมาจากความเท่าเทียมทางเพศที่เพิ่มมากขึ้น

3. สถานภาพสมรส ส่วนมากผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากผู้ที่มีคู่ครองจะอยู่สถานะที่ดูแลได้ทั้งคู่ดูแลคู่สมรส ดูแลบุตรหลาน ดูแลบิดา-มารดา ดูแลบิดา-มารดาของคู่ครอง ดูแลพี่น้อง หรือญาติ คนอื่น ๆ

4. การศึกษา บุคคลทุกระดับการศึกษามีบทบาทเป็นผู้ดูแล แต่มีความแตกต่างกันระหว่าง ประเทศที่พัฒนาแล้วที่ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลเรียนจบมัธยมศึกษาขึ้นไป ในขณะที่ญาติผู้ดูแลในประเทศไทยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทหรือนอกเขตเทศบาล ซึ่งเหมือนกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ

5. การประกอบอาชีพ ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งยังประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบ กับผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีอัตราการประกอบอาชีพต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล ส่วนที่ยัง ประกอบอาชีพนั้นต้องลดเวลาการทำงาน หรือต้องออกจากงานเพื่อการดูแล โดยอาชีพที่ผู้ดูแลทำมาก คือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และค้าขาย ซึ่งเป็นงานที่ค่อนข้างมีเวลายืดหยุ่น และอิสระในการดูแลผู้ที่มีภาวะ เรื้อรังได้เต็มที่

6. รายได้ ญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีปัญหาทางการเงิน และบางส่วนมีหนี้เพิ่มมากขึ้น โดยผู้ดูแลใน เขตเมืองมีรายได้สูงกว่าชนบท ที่สำคัญคือ แนวโน้มรายได้ครัวเรือนของผู้ดูแลต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

7. ความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น เป็นคู่สมรส เป็นบุตร เป็นบิดา-มารดาของผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง หรือเป็นเครือญาติมีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันกับผู้ที่มีภาวะ เรื้อรัง เช่น พี่-น้อง ย่า-ยาย เป็นต้น โดยประเทศไทยมีสัดส่วนญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรของผู้ที่มีภาวะเรื้อรังสูง กว่าในต่างประเทศ อาจเป็นเพราะผู้ที่มีภาวะเรื้อรังส่วนมากอยู่ในช่วงวัยกลางคนขึ้นไป ที่แต่งงานและมีบุตร ซึ่งบริบทครอบครัวไทยที่บุตรต้องรับผิดชอบดูแล บิดา-มารดา หรือสมาชิกที่มีอายุมากกว่า

8. จำนวนผู้รับผิดชอบดูแล ญาติผู้ดูแลบางคนมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล นอกเหนือจากการผู้ที่มีภาวะเรื้อรังโดยมีประมาณ 2-3 คน ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ได้แก่ บุตร หลาน บิดา-มารดา เป็นต้น

ความเครียดของผู้ดูแล

ความหมายของความเครียด

มีผู้ให้คำนิยามของความเครียดไว้ต่างกัน ดังนี้

เซลย์ (Selye, H., 1976) มีความเห็นว่าความเครียดต้องไม่ใช่นามธรรม แต่ต้องสามารถประเมินหรือวัดได้เป็นรูปธรรมและกล่าวไว้ชัดเจนว่า ความเครียดหมายถึง ภาวะทางชีวภาพที่แสดงให้รู้โดยปรากฏการณ์ของกลุ่มอาการเฉพาะ ซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองแบบทั่วไป (General adaptation syndrome : GAS) ของร่างกายต่อสิ่งรบกวน ความเครียดมีคุณและโทษขึ้นอยู่กับวิธีการที่บุคคลตอบสนองหรือจัดการกับปัจจัยความเครียดนั้น ๆ ถ้าเป็นการตอบสนองทางร่างกายเนื่องจากเงื่อนไขที่พึงพอใจ ซึ่งจัดเป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดความอึดอัดใจ และเพิ่มพูนแรงผลักดันสู่จุดมุ่งหมาย เรียกว่าความเครียดที่ให้คุณ (Eustress) หากเป็นการตอบสนองทางร่างกายเนื่องจากเงื่อนไขที่ไม่พึงพอใจและเป็นอันตราย ซึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกหวาดหวั่น ลนลาน ทำอะไรไม่ถูก การตอบสนองนี้สามารถสร้างความเสียหายให้กับร่างกายได้ เรียกว่าความเครียดที่ให้โทษ (Distress)

ลาซาลัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายความเครียดไว้ว่า ความเครียดหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น และต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด

ไรซ์ (Rice, V. H., 2012) ได้แบ่งความหมายของความเครียดออกเป็น 3 แนวทาง คือ

1. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุสร้างสภาวะความเครียดให้บุคคลรู้สึกถูกกดดันหรือถูกคุกคาม

2. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน หมายถึง กระบวนการจัดการภายในจิตใจของบุคคลที่เกิดสภาวะความกดดัน กังวล ขัดแย้งภายใน หรือคับข้องใจ ซึ่งเป็นเรื่องของการปรับตัวทางด้านอารมณ์ กระบวนการตีความ กระบวนการตัดสินใจ การป้องกันตนเอง และกระบวนการปรับตัวของบุคคล กระบวนการดังกล่าวอาจส่งเสริมการพัฒนาทางด้านจิตใจ และวุฒิภาวะ หรือทำให้เกิดการบีบคั้นทางจิตใจ

3. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางร่างกายที่มีต่อสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ โดยภายในร่างกายคนเรานั้นประกอบด้วยการควบคุมของระบบต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกับการตอบสนองสิ่งเร้า หากเป็นสิ่งเร้าที่พึงพอใจจะช่วยให้ร่างกายเกิดการตื่นตัวต่อการทำให้เกิดมีการกระทำมากขึ้น และยังช่วยให้เกิดพลังทั้งทางด้านจิตใจและพฤติกรรมในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ด้วย นอกจากนี้การ

เผชิญสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำ ๆ อาจนำไปสู่การก่อให้เกิดความแข็งแรงทางร่างกายได้ ความแข็งแรงทางร่างกายเป็นการเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อการเกิดความเครียดได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งรวมถึงการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดที่มีผลต่อสุขภาพทางร่างกายด้วย หากเป็นความเครียดที่เรื้อรังอาจทำให้เกิดผลในทางลบ ซึ่งรวมถึงการเกิดความล้ม การเจ็บป่วย และถึงขั้นเสียชีวิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2555) กล่าวว่าความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่น่าพอใจ และเป็นเรื่องที่เราคิดว่าหนักหนาสาหัส เกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้นด้วย หากความเครียดเหล่านั้นมีมากและคงอยู่เป็นเวลานาน

สุรณี เฉลิมชัยนุกูล (สุรณี เฉลิมชัยนุกูล, 2560) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง การตอบสนองของร่างกายโดยทั่วไปหรือไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้รู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสมเพื่อที่จะทำให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ อารมณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียดได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดในระดับสูง อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

อดิศักดิ์ สุมาลี (อดิศักดิ์ สุมาลี, 2557) ความเครียด คือสภาวะของจิตใจที่ขาดความอดทน อดกลั้น และเต็มไปด้วยความคิดที่ไร้ประโยชน์ อันเนื่องมาจากความกดดันจากภาระหน้าที่ การงาน การเงิน ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง รวมทั้งความไม่ถูกต้อง ความก้าวร้าวรุนแรง และสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ เป็นการบั่นทอนจิตใจให้ขาดพลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากปัญหารุนแรงมาก ก็เกิดอาการเครียดที่ยาวนาน (เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย การตกใจกะทันหันต่อเหตุการณ์ หรือ ภัยพิบัติต่าง ๆ) มีผลเสียต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตทำให้ไม่สามารถเผชิญหรือแก้ปัญหาได้ ความจำเสื่อม ขาดความกระตือรือร้น ความสนใจ และความสุขที่แท้จริงภายใน

จากการนิยามความหมายของ ความเครียด ที่กล่าวมาสามารถอธิบายได้โดยย่อว่า ความเครียดหมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย ต่อสิ่งที่มากระตุ้น หรือมาคุกคาม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แล้วทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกถูกกดดัน บีบคั้น เกิดความวิตกกังวล มีความทุกข์ทรมานจิตใจ มีอาการซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากหลายอย่าง จึงทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายตามไปด้วย โดยปฏิกริยาที่จะตอบสนองนี้ มีลักษณะเฉพาะตัวในแต่ละบุคคลโดยที่ลักษณะที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน อาจปรากฏออกมาทั้งทางพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ และพฤติกรรมที่สังเกตเห็นไม่ได้

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

ความเครียดเป็นลักษณะอาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งอยู่กับสิ่งหนึ่งใดสิ่งใดมากเกินไป ซึ่งความเครียดจากการดูแล (Caregiving stress) เป็นลักษณะอาการของผู้ดูแลที่สมองไม่ได้ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งอยู่กับการดูแลคนพิการมากจนเกินไป เป็นลักษณะอาการที่จิตใจของผู้ดูแลมีอาการบางอย่างมากกดดันความรู้สึกอย่างรุนแรง (นันทพร ศรีนิ่ม และธารินี นนทพุท, 2560)

ความเครียดของญาติผู้ดูแลสามารถอธิบายได้ 5 ด้าน (วรรณรัตน์ ลาวัง, 2564) ได้แก่ 1) ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง อาทิ การจัดการ อาการผิดปกติหรือปัญหาเฉพาะหน้า บรรยายอาการดูแลที่ต้องเผชิญ เป็นต้น 2) ด้านความเครียดจากความ เป็นห่วง อาทิ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังบางรายที่อาการแย่ลงหรือไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จำเป็นต้องเข้า โรงพยาบาล ทำให้ญาติผู้ดูแลเป็นห่วง เกิดความทุกข์เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือให้มีอาการดีขึ้นได้ 3) ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร บางครั้งญาติผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีภาวะ เรื้อรัง เนื่องจากสื่อสารแล้วเข้าใจผิดหรือเข้าใจไม่ตรงกัน จนทำให้ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังมีอาการที่หงุดหงิด อาการก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง ไม่รวมมือตามแผนการรักษา เป็นต้น 4) ด้านความเครียดจากบทบาทที่ขัดแย้ง บทบาทที่มากเกินไป หรือความคลุมเครือในบทบาทการดูแลของตน และ 5) ด้านความเครียดโดยรวม

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การทำหน้าที่การดูแลคนพิการหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้ดูแลเกิด ความเครียด (ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร, 2559) ซึ่งปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดสูง มีหลายปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีอายุมาก มีรายได้น้อยหรือปัญหาทางการเงิน มีปัญหาสุขภาพ มีมุมมองเชิงบวกจากการดูแล มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองสูง มีความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตสูง เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านบริบทการดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ที่มีความรุนแรงของโรคหรือระยะสุดท้าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีกิจกรรมการดูแลที่มาก มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลมาก เป็นต้น และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความคาดหวังจากสังคมสูง ได้รับการเตรียมความพร้อมน้อย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย เป็นต้น (รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ, 2557)

จากความเครียดที่เกิดขึ้น หากผู้ดูแลไม่สามารถทำให้ความเครียดลดลงหรือหมดไป จะสะสมและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ตามมาได้ อาทิ เหนื่อยล้า หรือซึมเศร้าได้ (สุดาสินี สุทธิฤทธิ และคณะ, 2564 ; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรินทร์, 2557; ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร 2559)

การประเมินความเครียด

ความเครียดประเมินได้ยาก จะต้องมีวิธีหลาย ๆ วิธีมาช่วยในการตัดสินใจและประเมินภาวะเครียด เพราะความเครียดนั้นเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระดับเซลล์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อจนถึงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ความเครียดยังครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อสุขภาพร่างกายอย่างเป็นทางการจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้

การประเมินความเครียด สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ประเมินจากพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงออกและสามารถสังเกตเห็นได้ และประเมินจากการรับรู้ของคนคนนั้น การประเมินความเครียดจึงสามารถจำแนกวิธีการประเมินได้ดังนี้

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of stress) เป็นวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ในการตัดสินใจและประเมินภาวะเครียด โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อ การทำงานของต่อมเหงื่อ เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้จะต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ปัจจุบันเครื่องมือไบโอฟีดแบค (Biofeedback instrument) ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นให้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงภายในของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อ เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ผิวหนัง หรือเครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการทำงานของคลื่นสมอง เป็นต้น

2. การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกที่สามารถสังเกตเห็นได้ (Behavioral measure of stress) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความผันแปรในด้านความคิด คำพูด และการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความจำ วิธีการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากความคิด จิตใจและอารมณ์ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น เมื่อคนเรามีอาการคับข้องใจ หรือขัดแย้งในจิตใจที่ทำให้เกิดภาวะเครียดจะแสดงออกมาในลักษณะของอาการสู้หรือหนี ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คนอื่นสามารถสังเกตเห็นและสามารถบันทึกพฤติกรรมนั้นได้ แบบประเมินพฤติกรรมนี้ต่อมาถูกพัฒนาและนำมาใช้ในการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ได้มีผู้สร้างแบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่มีผลมาจากภาวะเครียด และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อประเมินภาวะเครียดในชีวิตประจำวันและชีวิตการทำงานโดยประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

3. การประเมินโดยใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมินการรับรู้ต่อความเครียด (Perceptive measure of stress) เป็นการประเมินภาวะเครียดที่เป็นความรู้สึกของตนเองต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่คนคนนั้นสามารถรับรู้หรือบอกได้ แล้วจึงรวบรวมค่าคะแนนเพื่อประเมินระดับของภาวะเครียด แบบสอบถามหรือแบบประเมินดังกล่าวนี้ ได้มีผู้สร้างขึ้นมาให้อยู่หลายประเภทด้วยกัน

แนวคิด และทฤษฎี

แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory)

ผู้พัฒนารูปแบบชีวนิเวศวิทยาเป็นนักจิตวิทยาพัฒนาการ (Developmental psychologist) ชื่อ ยูรีบรอนเฟน เบรนเนอร์ (Urie Bronfenbrenner ค.ศ. 1917 - 2005) โดยแรกเริ่มบรอนเฟน เบรนเนอร์ออกแบบแนวคิดดังกล่าวเพื่อใช้ในการอธิบายพัฒนาการของเด็ก โดยแนวคิดนี้ถูกนำเสนอเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1970 บรอนเฟนเบรนเนอร์มีความเชื่อว่า “The belief that development can't be explained by a single concept, but rather by a complex system.” (Bronfenbrenner, U., 1974) ในปี ค.ศ. 1977 (Bronfenbrenner, U., 1979) ได้สรุปเป็นรูปแบบที่รู้จักในชื่อ “นิเวศวิทยาของการพัฒนามนุษย์ (Ecology of Human Development)” เพื่อยืนยันว่าการพัฒนาของมนุษย์เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเจริญเติบโตของมนุษย์และการเปลี่ยนแปลงของสถานที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน (nested systems) ซึ่งสิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น 4 ระบบได้แก่ ระบบเล็ก (micro-system) ระบบกลาง (meso-system) ระบบภายนอก (exo-system) และระบบใหญ่ (macrosystem) รูปแบบนี้ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการปฏิบัติและการวิจัยอย่างกว้างขวางทั่วโลกจนปัจจุบัน (Tudge, Mokrova, Hatfield, & Karnik, 2009) ต่อมาในปี ค.ศ. 1980 (Bronfenbrenner, U., 1986) ได้เพิ่มระบบเวลา (chronosystem) เพื่ออธิบายว่าพัฒนาการของคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดระยะเวลาภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีรอบตัวการพัฒนารูปแบบรุ่นสุดท้ายของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (ช่วงปลายทศวรรษ 1980 ถึงต้นทศวรรษ 1990) เกิดขึ้นจากบรอนเฟนเบรนเนอร์ได้วิเคราะห์และวิจารณ์รูปแบบเดิมของตนเองว่า ให้ความสำคัญเฉพาะสภาพแวดล้อมเท่านั้นในขณะที่ลักษณะของบุคคลและกระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ก็มีความสำคัญเช่นกัน จนในปี ค.ศ. 1995 (Bronfenbrenner, U., 1995) บรอนเฟนเบรนเนอร์ได้พัฒนารูปแบบโดยบูรณาการองค์ประกอบที่สำคัญทั้งหมดรวม เรียกว่า Process-Person-Context-Time (PPCT Model) หรือ “รูปแบบชีวนิเวศวิทยา” (Bioecological Model) และในปี ค.ศ. 2006 ได้มีการเพิ่มชื่อภายหลังเป็น “รูปแบบชีวนิเวศวิทยาของการพัฒนามนุษย์” (Bioecological Model of Human Development) (Bronfenbrenner, U.

& Morris, P. A., 2006) แต่เป็นการเผยแพร่ภายหลังที่บรอนเฟนเบรนเนอร์ได้เสียชีวิตไปแล้วในปี ค.ศ. 2005 องค์ประกอบของทฤษฎีระบบชีวิตนิเวศวิทยาแบบชีวิตนิเวศวิทยาของ บรอนเฟนเบรนเนอร์ (2005) มี 4 องค์ประกอบที่สำคัญคือ Process-Person-Context-Time Model (PPCT Model) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้กระบวนการ (Process) “กระบวนการ” หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นศูนย์กลางของระบบกับบริบทแวดล้อมรอบตัวของพวกเขา ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา และมีอิทธิพลต่อการพัฒนา/ปรับตัวของบุคคลใน อนาคต โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดโดยตรง จะเป็นกลไกหลักที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการพัฒนา/ปรับตัวของแต่ละบุคคล เรียกว่า “กระบวนการใกล้ชิด” (proximal processes) (Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A., 2006) ตัวอย่างเช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก หรือเด็กกับเด็ก ถือเป็น “กระบวนการใกล้ชิด” และมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของเด็ก แต่อย่างไรก็ตาม อิทธิพลของ “กระบวนการ” ที่มีต่อการพัฒนาการจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับคุณลักษณะบุคคล บริบทแวดล้อมของพวกเขา และช่วงเวลาบุคคล (Person) “บุคคล” ถูกวางให้เป็นศูนย์กลางของระบบ สามารถพิจารณาตามคุณลักษณะของบุคคล 4 ด้าน (Bronfenbrenner, U., 2005) ดังนี้

1. ด้านความต้องการ (demand characteristics) เป็นศักยภาพของ “บุคคล” ที่สะท้อนว่าเขาเหล่านั้นจะร้องขอหรือขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม เช่น โรคข้อจำกัด หรือการพึ่งพิง

2. ทรัพยากรภายใน (bioecological resources) เป็นแหล่งสนับสนุนภายในของ “บุคคล” ที่สะท้อนว่าเขาเหล่านั้นจะคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม เช่น ประสบการณ์ การเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค หรือทักษะการดูแลสุขภาพ

3. ด้านการแสดงออก (dispositions) เป็นพฤติกรรมของ “บุคคล” ที่แสดงออกมา และสะท้อนว่าเขาเหล่านั้นจะสร้างและคงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อมได้แก่ พฤติกรรมต่าง ๆ

4. ด้านประชากร (demographic characteristics) เป็นลักษณะทางประชากรของ “บุคคล” ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการ/การปรับตัว เช่น อายุ เพศ และเชื้อชาติ บริบทแวดล้อม (Context) “บริบทแวดล้อม” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบ “บุคคล” ที่มีความซับซ้อน แบ่งเป็น 4 ระบบ คือ

- 4.1 ระบบเล็ก (micro-system) เป็นสิ่งแวดล้อม/สถานที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับ “บุคคล” ที่สุด และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง (direct interaction) กับ “บุคคล” นั้น ๆ

- 4.2 ระบบกลาง (meso-system) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในระบบเล็กด้วยตัวเอง

4.3 ระบบภายนอก (exo-system) เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก/สถานที่ที่มีอิทธิพลต่อระบบกลาง และระบบเล็กแต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง (indirect interaction) กับ “บุคคล” นั้น ๆ

4.4 ระบบใหญ่ (macro-system) เป็นสิ่งแวดล้อมใหญ่สุด เป็นโครงสร้างที่มีผลต่อระบบทั้งหมด เช่น สังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม เวลา (Time) “เวลา” ใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงหรือความสอดคล้องที่เกิดขึ้น ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นเพียงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ ลักษณะบุคคล หรือบริบทสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่ยังรวมเอาช่วงเวลาที่กำลังชีวิตอยู่มาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมี 2 แบบ คือ

1) การเปลี่ยนแปลงตามวิถีชีวิตปกติ เช่น การเข้าโรงเรียน การแต่งงาน หรือการเกษียณอายุ และ

2) การเปลี่ยนแปลงนอกเหนือวิถีชีวิตปกติ/สิ่งที่ไม่คาดคิด เช่น การหย่าร้าง เจ็บป่วยกะทันหัน หรือตาย

การประยุกต์การใช้ทฤษฎี

การประยุกต์ใช้รูปแบบชีวนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (2005) หรือ PPCT Model มี 2 แนวทาง คือ

1. รูปแบบนี้ช่วยให้ผู้ปฏิบัติหรือนักวิจัยมองบุคคลอย่างเป็นระบบ สามารถประยุกต์ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. รูปแบบนี้ช่วยให้นักวิจัยพัฒนากลยุทธ์ได้ครอบคลุม ตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหา และความต้องการตามข้อมูลข้างต้น สำหรับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะเรื้อรัง สามารถเลือกใช้ครบสมบูรณ์ทั้งกรอบแนวคิดครบวงจรทั้ง 2 แนวทาง หรือเลือกเฉพาะบางส่วนก็ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพของผู้มีภาวะเรื้อรังที่ต้องการ

รูปแบบชีวนิเวศวิทยา PPCT Model สามารถนำไปใช้ได้จริงในการศึกษาสถานการณ์การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลโดยรอบภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน ตลอดจนพัฒนาวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าว (Lawang, W., 2013) (ตาราง 1)

ตาราง 1 การประยุกต์ PPCT Model สำหรับศึกษาสถานการณ์การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และร่างกายในบริบทประเทศไทย

องค์ประกอบ	การประยุกต์สำหรับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและร่างกาย
“กระบวนการ” (Process)	เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนพิการที่เป็นศูนย์กลางของระบบกับบริบทแวดล้อมรอบตัว โดยปฏิสัมพันธ์กับคนที่ใกล้ชิดมีผลต่อสุขภาพคนพิการมากที่สุด
“บุคคล” (Person)	
ด้านประชากร	ลักษณะทางประชากรของคนพิการ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ และรายได้
ด้านความต้องการ	พื้นที่หลังความพิการ ได้แก่ ประเภท โรคร่วม ข้อจำกัด และระดับการพึ่งพิง
ด้านทรัพยากรภายใน	แหล่งสนับสนุนภายในของคนพิการ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลกความแตกฉานทางสุขภาพ และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ
ด้านการแสดงออก	พฤติกรรมของคนพิการ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมดูแลตนเอง
“บริบทแวดล้อม” (Context)	
ระบบเล็ก	สิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับคนพิการ ณ ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน หรือชุมชนใกล้ชิด ประกอบด้วย พ่อ-แม่ คู่สมรส ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กลุ่มคนพิการเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร และเพื่อนบ้านใกล้ชิด
ระบบกลาง	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมระบบเล็กด้วยกันเอง ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียนบ้านกับสถานบริการ เป็นต้น
ระบบภายนอก	สิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ทางอ้อมกับคนพิการทั้งที่ไม่เป็นทางการ (เครือข่ายครอบครัว เครือข่ายชุมชน) และที่เป็นทางการ (โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)
ระบบใหญ่	วัฒนธรรมไทย ศาสนา และนโยบายของประเทศที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
“เวลา” (Time)	เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ ทั้งการเปลี่ยนแปลงตามวิถีชีวิตปกติ และการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิด

งานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลคนพิการและผู้ป่วย ดังนี้
 ณชนก เอียดสุข และคณะ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556) ได้ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกสมอง ระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง จำนวน 62 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลของญาติผู้ดูแล มี 2 ลักษณะ คือ 1) ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ ความต้องการที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเผชิญโอกาสสูญเสียกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในการรักษาและ 2) ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านอารมณ์จิตใจ การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ระดับความเครียดของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง

ไพรินทร์ พัสดู (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์หลังบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 47 ราย ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลหลักรับรู้สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นส่งผลก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลและความกังวลใจ แบ่งออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา 2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา 3) ยอมรับต่อสถานการณ์ 4) ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์ 5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์พยายามหาวิธีช่วยเหลือ 6) มีความหวังต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย และ 7) ทำใจปล่อยวาง ปล่อย โดยมีความเครียด ดังนี้ ระดับความเครียดมากที่สุด พบมากถึงร้อยละ 36.17 ระดับความเครียดมาก ร้อยละ 31.91 ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 21.28 และระดับความเครียดน้อยพบ ร้อยละ 10.64 ตามลำดับ

ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2557) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 199 ราย ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองอยู่ในระดับมาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยมีความสามารถ ญาติผู้ดูแล และครอบครัวอยู่ในระดับดี มีความเชื่อเกี่ยวกับปาปบุญอยู่ในระดับมาก รวมทั้งผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.92) มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

วรรินทร์ เกียรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ (2557) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวอายุ 50 ปี ขึ้นไปทั้งสิ้น 859 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและบุตรของผู้สูงอายุ โดยบุตรที่แต่งงาน มีความเครียดสูงสุด รองลงมาคือบุตรที่เป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่ และคู่สมรสตามลำดับ รายได้ของผู้ดูแลยิ่งมากหรือเกินเพียงพอ ยิ่งทำให้ระดับความเครียดลดลง ในทำนองเดียวกัน ผู้ดูแลที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับดี มีโอกาสที่จะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดี ปัจจัยของผู้ดูแลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เพศ และการทำงาน

ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร (2558) ได้ทำการศึกษาความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม และมารับบริการตรวจรักษา ณ หน่วยโรคไต แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมถึงผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งสิ้น 107 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดคิดเป็นร้อยละ 55.1 และมีความเครียดร้อยละ 44.9 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มที่มีความเครียด ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล สถานภาพสมรส จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ $p < 0.05$ และปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย ($OR = 5.80, 95\% CI = 1.69 - 19.90, P\text{-value} < 0.01$) การรักษาที่ได้รับโดยการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการทานยา ($OR = 4.91, 95\% CI = 1.86 - 12.92, P\text{-value} < 0.01$) และความไม่เพียงพอของรายได้ ($OR = 5.49, 95\% CI = 1.55 - 19.48, P\text{-value} < 0.01$)

สุดาสินี สุทธิฤทธิและคณะ (2564) ได้ศึกษาเรื่องความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่อาศัยในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 300 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 49.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การมีบุคคลอื่นมาผลัดเปลี่ยนช่วยดูแลผู้สูงอายุ และโรคประจำตัวที่ต้องรับการรักษาหรือรับยาต่อเนื่องและการช่วยเหลือจากชุมชน

ขวัญตา บุญवास และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงในจังหวัดตรัง จำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้าน ในจังหวัดตรัง มีความเครียดสูง ($M = 9.40, S.D = 2.87$) โดยมีระดับความเครียดมากที่สุด ได้แก่ ด้านการปรับตัวของคนในครอบครัว รองลงมาคือ ด้านการต้องการเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน การไม่มีเวลาทำอย่างอื่น และการที่ผู้พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามลำดับ และส่วนระดับความเครียดที่น้อยที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการดูแลผู้พิการ

อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญา วงศ์ขารี (2562) ทำการศึกษาความเครียด และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 80 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.25 มีอายุเฉลี่ย 53.79 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.25 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.25 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.50 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 96.25 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001 10,000 บาท ร้อยละ 46.25 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.25 และมีผู้ดูแล ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 40 ระดับความเครียดสูง ร้อยละ 13.75 ภาวะฟุ้งฟิงปานกลาง ร้อยละ 31.25 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นคู่สามีภรรยา มีรายได้ต่ำ และมีสุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล

งานวิจัยในต่างประเทศ

V. C. Anuratha, S. et al. (2017) ได้ทำการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการในศูนย์พักพิง รัฐสลังงอร์ ประเทศมาเลเซีย จำนวน 415 ราย พบว่า ภาวะซีมเศร้าที่สำคัญคือระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการศึกษาอื่น ๆ ของเด็กพิการความช่วยเหลือทางการเงินที่ได้รับจากผู้ดูแลและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่สอดคล้องกัน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับมัธยมศึกษา มีความรู้สึหดหู่เศร้า 3.64 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มศึกษาอื่น (AOR = 3.64, 95% CI = 1.42 - 9.30) ผู้ดูแลเด็กที่มีบุตรคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาอื่นมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซีมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.16 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลเด็กพิการโดยไม่ได้รับการศึกษาอื่น (AOR = 2.16, 95% CI = 1.06 - 4.424) นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ใช้กลยุทธ์การเผชิญความผิดพลาดมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้กลยุทธ์เผชิญความเสี่ยง (1.22, 95% CI = 1.13 - 1.31) ถึง 1.22 เท่า

DeokJu Kim (2017) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการดูแลภาวะซีมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ใหญ่ที่มีความพิการ ซึ่งได้ศึกษากับผู้ดูแลผู้สูงอายุ 108 คนที่มีความพิการ ในศูนย์การฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในประเทศเกาหลี ความเครียดในการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซีมเศร้าและความเครียดทางเศรษฐกิจและจิตใจและแสดงความสัมพันธ์เชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดมากในผู้ดูแลเพศหญิงที่ไม่มีการทำงาน โดยที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด คือ ภาวะซีมเศร้า ความเชื่อมั่นในตนเอง อายุ เพศ ค่าใช้จ่ายในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล รายได้ต่อเดือน ($R^2 = 0.710$, $R^2 = 0.688$, $F = 32.209$ และ $p < 0.01$)

DeokJu Kim (2017) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการดูแลภาวะซีมเศร้า และความนับถือตนเองในผู้ดูแลครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความทุพพลภาพในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความทุพพลภาพจำนวน 108 ราย ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาล ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซีมเศร้าและความเครียดทางเศรษฐกิจและจิตใจ และแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น และเป็นเพศหญิง และไม่มีการทำงาน และค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลสูงขึ้น ความเครียดในการดูแลก็จะสูงขึ้น เมื่อผู้ดูแลเป็นเพศหญิงและมีรายได้ต่ำ จะมีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับสูง

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคนพิการและผู้ดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงที่มีคะแนนประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ที่มีคะแนน 0 - 4 คะแนน จึงจำเป็นต้องการผู้ดูแลเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผู้ดูแลเหล่านั้นนอกจากจะให้การดูแลทางกายแล้ว ยังต้องให้การดูแลปัญหาพฤติกรรมและ อารมณ์ของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการไม่แน่นอนเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา หากเป็นกลุ่มอาการที่เป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายบุคคลอื่นอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่เกิดจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวเองหรืออาจเกิดจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เข้ามามีผลตามแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของ บรอนเฟนเบรนเนอร์ ที่กล่าวถึงบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบของปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น และอาจส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อผู้ดูแลเองและคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาปัจจัยระดับมิติของเวลา เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นภาคตัดขวางในบริบทที่ไม่มีความแตกต่างในด้านนโยบาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ในจังหวัดสุโขทัย โดยใช้รูปแบบชีวิตนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลักที่สำคัญรวม เรียกว่า “Process-Person-Context-Time Model (PPCT Model) (Lawang, W., 2013) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงโดยมีคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) กลุ่มที่ 3 คือ คนพิการที่พึ่งตนเองไม่ได้ ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน ทั้ง 9 อำเภอในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 598 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง ทั้ง 9 อำเภอในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 262 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ดูแลคนพิการอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลัก
3. มีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก

1. ขอดถอนตัวออกจากงานวิจัย
2. เป็นผู้ดูแลคนพิการหรือบุคคลที่ต้องการคนดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง มากกว่า 1 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างสำหรับประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (Wayne, W. D., 1995) ทราบจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษาในจังหวัดสุโขทัย มีคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง จำนวน 598 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2 \frac{\alpha}{1-\frac{\alpha}{2}}}{[d^2(N-1)] + (\sigma^2 Z^2 \frac{\alpha}{1-\frac{\alpha}{2}})}$$

$$n_{Adjust} = n \times deff$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ 598 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนดคือ

$$Z = 1.960 \quad \text{เมื่อ } \alpha/2 = .025$$

d = การประมาณค่าของประชากรไม่เกินร้อยละ 10 ของค่า $\bar{X} = 25.46$ ดังนั้น

$$d = 2.546$$

σ^2 = ค่าความแปรปรวนปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่บ้าน จากการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร (2557) = $(18.87)^2$

$deff$ = ค่าความแปรปรวนจากการสุ่มตัวอย่างแบบ cluster = 1.5

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{598(18.87^2)(1.960^2_{1-0.25})}{[2.546^2(598-1)] + (18.87^2 1.960^2_{1-0.25})}$$

$$n = 235$$

ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกรณีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 10 โดยใช้สูตร

$$\frac{n}{1-r}$$

แทนค่าในสูตร $\frac{235}{0.90}$

$$= 262 \text{ ราย}$$

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 เลือกการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เลือกตำบลในแต่ละอำเภอ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอตามสัดส่วนประชากร ของแต่ละอำเภอตามตาราง 2

ขั้นที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ในตำบลที่ถูกสุ่มเป็นตัวอย่าง จนกระทั่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอไม่น้อยกว่าที่ต้องการ

ตาราง 2 จำนวนการสุ่มตัวตัวอย่าง

อำเภอตัวอย่าง	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
อำเภอศรีสำโรง	42	19
อำเภอศรีนคร	36	16
อำเภอทุ่งเสลี่ยม	68	30
อำเภอคีรีมาศ	48	21
อำเภอกงไกรลาศ	47	21
อำเภอบ้านด่านลานหอย	38	17
อำเภอศรีสัชชนาลัย	106	46
อำเภอเมืองสุโขทัย	152	66
อำเภอสวรรคโลก	61	26
รวม	598	262

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและประยุกต์จากเครื่องมือต่าง ๆ ที่มีผู้พัฒนาขึ้นแล้ว ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับคนพิการ ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ รายได้ของครอบครัว จำนวนผู้ช่วยดูแลคนพิการ (ผู้ดูแลรอง)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาในการพิการ ระดับการประเมิน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์จาก วิล สุธาคร (2552) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 4 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากที่สุด 3 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความมั่นใจมาก 2 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความมั่นใจน้อย และ 1 คะแนนผู้ดูแลไม่มั่นใจ คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ญาติไม่มีความมั่นใจเลย) คะแนนรวม 52 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

- 40 - 52 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมาก
- 27 - 39 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองปานกลาง
- 14 - 26 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองน้อย
- 0 - 13 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล ผู้วิจัยนำมาประยุกต์จากแบบสอบถามของซัลลิแวน (Sullivan, 1993) แพล โดยวรรณรัตน์ ลาวัง (2547) โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 เป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการเป็นประจำหรือตลอดเวลา 3 คะแนน

หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ บ่อยครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการบางครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการนาน ๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง 0 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวแทบไม่ตรงหรือไม่เลย คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการเป็นประจำหรือตลอดเวลา) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ความสัมพันธ์ดังกล่าวแทบไม่ตรงหรือไม่เลย) คะแนนรวม 64 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

43.00 - 64.00 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างคนพิการและผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง

22.00 - 42.00 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างคนพิการและผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

0 - 21.00 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างคนพิการและผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของณัฐพงศ์ เป็นลาภ (2558) โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 คะแนน หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด 3 คะแนน หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก 2 คะแนน หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือปานกลาง 1 คะแนนหมายถึง ได้รับการช่วยเหลือน้อย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย) คะแนนรวม 52 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

35 - 52 คะแนน หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือมาก

18 - 34 คะแนน หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือปานกลาง

0 - 17 คะแนน หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือน้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ ชันัญชิตาคุษฎี พูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านและได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง จำนวน 30 ราย ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลเป็นประจำ 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลบ่อยครั้ง 2 คะแนน หมายถึง สิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลบางครั้ง 1 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลเล็กน้อย 0 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแล คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลเป็นประจำ) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแล) คะแนนรวม 68 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

46 - 68 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลสูง

23 - 45 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลปานกลาง

0 - 22 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก กิตติมา รุ่งแดง (2553) โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 4 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องนั้นมากที่สุด 3 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องนั้นมาก 2 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องนั้นน้อย 1 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีความเชื่อเรื่องนั้นเลย คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (ผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องนั้นมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน (ผู้ดูแลไม่มีความเชื่อเรื่องนั้นเลย) คะแนนรวม 68 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

27 - 40 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องนั้นมาก

14 - 26 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องนั้นน้อย

0 - 13 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีความเชื่อเรื่องนั้นเลย

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแล ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ด้านความคิดความจำ ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล

ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ไม่เลย (0 คะแนน) คะแนนสูงสุด 4 คะแนน (การให้ความช่วยเหลือดูแลนั้น ทำให้ท่านเกิดความเครียดระดับมากที่สุด) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (ไม่มีสถานการณ์ให้การช่วยเหลือดูแลนั้นหรือการให้การช่วยเหลือดูแลนั้นไม่ทำให้ท่านเกิดความเครียดเลย) คะแนนรวม 132 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

90 - 132 คะแนน หมายถึง ความเครียดในระดับมาก

45 - 89 คะแนน หมายถึง ความเครียดปานกลาง

0 - 44 คะแนน หมายถึง ความเครียดเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ท่านแรกเป็นอาจารย์พยาบาลมีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ ท่านที่สองเป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชนที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงาน และท่านที่สามเป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยพิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถาม ตามนิยามศัพท์แล้วคัดเลือกข้อคำถามซึ่งแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนี IOC ระหว่าง 0.79 - 0.80

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับกลุ่มใช้ในญาติผู้ดูแลคนพิการในตำบลที่ไม่ได้รับการคุ้มครองเป็นตัวอย่างภายในจังหวัดสุโขทัยจำนวน 30 ราย ซึ่งมีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ที่ทำการตรวจสอบได้ ดังนี้ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะตนเอง เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล เท่ากับ 0.90 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86 แบบประเมินภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล เท่ากับ 0.94 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ เท่ากับ 0.83 แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแล เท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการอบรมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 5 ท่าน คือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีทางสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 4 ท่าน และผู้ช่วยในพื้นที่ตำบลละ 1 ท่าน

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบสาธารณสุขอำเภอศรีสำโรง สาธารณสุขอำเภอศรีนคร สาธารณสุขอำเภอศรีมาศ สาธารณสุขอำเภอกงไกรลาส สาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม และสาธารณสุขอำเภอบ้านด่านลานหอย สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย สาธารณสุขอำเภอศรีสำโรง สาธารณสุขอำเภอเมืองสุโขทัย สาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานผู้พิการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการประสานงานให้ผู้วิจัยลงเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้นต้องเป็นผู้ดูแลหลักของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ผ่านการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) กลุ่มที่ 3 คือ คนพิการที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทุกพลาภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงอาศัยอยู่ด้วย

2.3 ผู้ช่วยวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยถามคำถามตามแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างคนพิการผู้ดูแลและคนพิการ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ในขณะที่ตอบผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามได้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย การตอบแบบสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ละอำเภอโดยตลอดระยะเวลาเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะอยู่ในอำเภอนั้น ๆ ตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูล หากผู้ช่วยนักวิจัยมีปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้วจนครบ 262 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์บันทึกเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 17.0 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร) โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการ ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อม และความเครียด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายวิเคราะห์ด้วย การถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการใช่วิธีคัดเลือกตัวแปรโดยวิธีการเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (Assumption) ก่อนการวิเคราะห์รายละเอียดแสดงในภาคผนวก

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ให้การรับรองการแบบเร่งรัดพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองหมายเลข COA No.647/2018 IRB No.0867/61 โดยศึกษาวิจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียงจังหวัดสุโขทัย รับรองเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2561 หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยการปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษานี้ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามถูกเก็บไว้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้ถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์และเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุหรืออ้างถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียง ประกอบด้วย ประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว รายได้ การประกอบอาชีพ) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ด้านทรัพยากรภายใน (การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ประสิทธิภาพผู้ดูแลคนพิการ) ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการด้านประชากร (เพศ อายุของคนพิการ) ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการด้านความต้องการ (ระดับการพึ่งพิง ระยะเวลาความพิการ) ปัจจัยบริบทแวดล้อมระบบเล็ก (ความสัมพันธ์กับคนพิการ สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล) ปัจจัยบริบทแวดล้อมระบบนอก (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยบริบทแวดล้อมระบบใหญ่ (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) โดยศึกษาในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน จำนวน 262 คน ระหว่าง เดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2562 ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว การประกอบอาชีพ รายได้ ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลด้านทรัพยากรภายใน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ประสิทธิภาพผู้ดูแลคนพิการ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการด้านประชากร ได้แก่ อายุของคนพิการ เพศ ระดับการพึ่งพิง ระยะเวลาความพิการ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อมระบบเล็ก ความสัมพันธ์กับคนพิการ สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อมระบบนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยระดับบริบทแวดล้อม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

ส่วนที่ 4 ความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ด้านประชากร

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล (n = 262)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	144	55.0
หญิง	118	45.0
อายุ		
ต่ำกว่า 35 ปี	45	17.2
35 - 59	167	63.7
60 ปีขึ้นไป	50	19.1
$\bar{X} \pm SD$	44.93 \pm 10.71	
Median (IQR)	44.93 (38, 52)	
สถานภาพ		
สมรส	163	62.2
โสด	81	30.9
หย่าร้าง / หม้าย	18	6.8
ศาสนา		
พุทธ	262	100
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	37	14.1
ประถมศึกษา	86	32.8
มัธยมศึกษา	113	43.1
อนุปริญญา	19	7.3
ปริญญาตรี	6	2.3
ความสัมพันธ์กับคนพิการ		
บุตร	175	66.8
คู่สมรส	62	23.7
บิดา/มารดา	23	8.8
พี่น้อง	2	0.8

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	112	42.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	59	22.5
ไม่ได้ทำงาน	41	15.6
เกษตรกร	33	12.6
แม่บ้าน	13	5.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	1.5
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000	88	33.6
5,001 - 10,000	140	53.4
มากกว่า 10,000	34	13.0
$\bar{X} \pm SD$		1.79 \pm 0.65
ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	61	23.3
6 ชั่วโมงถึง 12 ชั่วโมงต่อวัน	176	67.2
มากกว่า 12 ชั่วโมง	25	9.5
$\bar{X} \pm SD$		1.86 \pm 0.55
ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ		
น้อยกว่า 1 ปี	79	30.2
2 ปี ถึง 5 ปี	179	68.3
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	4	1.5
$\bar{X} \pm SD$		1.71 \pm 0.49
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
มีโรคประจำตัว	59	22.5
ไม่มีโรคประจำตัว	203	77.5

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
บทบาททางสังคม		
ประธาน/รองประธาน/เลขา ชมรมต่าง ๆ	65	24.8
อสม.	99	37.8
ไม่มีตำแหน่ง	98	37.4
เป็นผู้ที่มีชื่อดูแลหลังบัตรคนพิการ		
มีชื่อ	202	77.1
ไม่มีชื่อ	60	22.9
มีผู้ดูแลรอง		
มี	145	55.3
ไม่มี	117	44.7

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ดูแลคนพิการเป็นเพศชาย (ร้อยละ 55) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 45) เล็กน้อย อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 36-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.7 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.93 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.2 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ด้านระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.1 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบุตรของคนพิการ คิดเป็นร้อยละ 66.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป โดยคิดเป็นร้อยละ 42.7 รายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.4 ระยะเวลาในการดูแลต่อวันอยู่ในช่วงเวลา 6 ถึง 12 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 67.2 มีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ 2 - 5 ปี ร้อยละ 68.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77.5 และเป็นผู้มีบทบาททางสังคม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.8

ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการด้านประชากร

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของคนพิการ (n = 262)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	148	56.5
หญิง	114	43.5
อายุ		
ต่ำกว่า 35 ปี	24	9.2
36 - 59	28	10.7
60 ปีขึ้นไป	210	80.2
$\bar{X} \pm SD$	62.92 \pm 19.33	
Median (IQR)	62.92 (60.0, 72.25)	
ระยะเวลาที่พิการ		
1 ปี ถึง 4 ปี	249	95.0
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	13	5.0
$\bar{X} \pm SD$	1.05 \pm 0.22	
สาเหตุความพิการ		
พิการแต่กำเนิด	19	7.3
ประสบอุบัติเหตุ	95	36.3
จากการเจ็บป่วย	146	55.7
ถูกทำร้ายร่างกาย	2	0.8
คะแนนประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
1 คะแนน	184	70.2
2 คะแนน	66	25.2
3 คะแนน	12	4.6
$\bar{X} \pm SD$	1.34 \pm 0.56	

ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อมระบบเล็ก ความสัมพันธ์กับคนพิการ สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อมระบบนอก

จากตาราง 4 และ ตาราง 5 พบว่า คนพิการเป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.5) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 43.5) เล็กน้อย อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.92 ปี ระยะความพิการที่พบมากที่สุด คือ ช่วงเวลา 1 ปี ถึง 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 95.0 สาเหตุความพิการส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 55.7 และมีคะแนนประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในช่วงคะแนน 1 คะแนนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.2

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของการรับรู้สมรรถนะของตนเองจำแนกรายข้อ (n = 262)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง รายข้อ	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ น้อย	ไม่ มั่นใจ	$\bar{X} \pm SD$
1. การดูแลคนพิการเป็นสิ่งที่ทำได้	128 (48.9)	123 (46.9)	11 (4.2)	0	0	3.45±0.58
2. ตนเองสามารถดูแลคนพิการ	20 (7.6)	70.6 (70.6)	21.8 (21.8)	0	0	2.86±0.52
3. ความต้องการของคนพิการ	102 (38.9)	118 (45.0)	42 (16.0)	0	0	3.23±0.70
4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	56 (21.4)	176 (67.2)	29 (11.1)	1 (0.4)	0	3.10±0.58
5. การเตรียมอาหารและยา ตามแพทย์สั่ง	52 (19.8)	140 (53.4)	67 (25.6)	3 (1.1)	0	2.92±0.70
6. การเคลื่อนย้ายและป้องกันอุบัติเหตุ	40 (15.3)	151 (57.6)	69 (26.3)	2 (0.8)	0	2.87±0.66
7. นำคนพิการไปรับการตรวจ ตามนัดทุกครั้ง	52 (19.8)	148 (56.5)	59 (22.5)	2 (0.8)	1 (0.4)	2.95±0.70
8. ความผิดปกติที่ต้องนำส่ง โรงพยาบาล	41 (15.6)	136 (51.9)	85 (32.4)	0	0	2.83±0.67

ตาราง 5 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง รายชื่อ	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ น้อย	ไม่ มั่นใจ	$\bar{X} \pm SD$
9. การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู สภาพ	105 (40.1)	140 (53.4)	17 (6.5)	0	0	3.34±0.59
10. การจัดการความเครียดจากการ ดูแลคนพิการ	11 (4.2)	178 (67.9)	66 (25.2)	7 (2.7)	0	2.74±0.57
11. การจัดสรรค่าใช้จ่ายสำหรับ การดูแลคนพิการ	67 (25.6)	106 (40.5)	78 (29.8)	10 (3.8)	1 (0.4)	2.87±0.85
12. การมอบหมายและให้คำแนะนำ การดูแลแก่สมาชิกในบ้าน	33 (12.6)	166 (63.4)	61 (23.3)	2 (0.8)	0	2.88±0.61
13. การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ คนพิการ	88 (33.6)	128 (48.9)	45 (17.2)	1 (0.4)	0	3.16±0.70

ตาราง 6 คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (n = 262)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มีความเชื่อมั่นน้อย (0 - 26 คะแนน)	0	0
มีความเชื่อมั่นปานกลาง (27 - 39 คะแนน)	144	55
มีความเชื่อมั่นมาก (40 - 52 คะแนน)	118	45
$\bar{X} \pm SD$	39.18 ± 4.37	

ผลการวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อคำถามที่ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากที่สุดในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง คือ ข้อคำถามที่ 1 มากที่สุด คือ ท่านคิดว่าการดูแลคนพิการเป็นเรื่องที่ทำได้ ร้อยละ 48.9 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 9 คือ ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลเรื่องกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพได้ และข้อคำถามที่ 3 คือ ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถประเมินความต้องการของคนพิการได้ ร้อยละ 40.1 และร้อยละ 38.9 ตามลำดับ ดังตาราง 5 และผลการวิเคราะห์คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง เมื่อนำคะแนนมาจัดกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการ

มีความเชื่อมั่นระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 55 รองลงมาคือ มีความเชื่อมั่นระดับมาก ร้อยละ 45 และไม่มีผู้ดูแลคนพิการที่มีความเชื่อมั่นระดับน้อย ดังตาราง 6

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละสัมพันธ์ภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแลจำแนกรายข้อ (n = 262)

สัมพันธ์ภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล	ตลอด เวลา	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่เคย เลย	$\bar{X} \pm SD$
1. มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน	109 (41.6)	146 (55.7)	6 (2.3)	1 (0.4)	0	3.39±0.55
2. รู้จักเพื่อนหรือคนสนิทของกันและกัน	10 (3.8)	159 (60.7)	87 (33.2)	3 (1.1)	3 (1.1)	2.65±0.63
3. บอกความต้องการของตนเองได้	68 (26.0)	132 (50.4)	60 (22.9)	1 (0.4)	1 (0.4)	3.01±0.73
4. ใส่ใจในความรู้สึกของกันและกัน	24 (9.2)	166 (63.4)	71 (27.1)	0	0.4	2.81±0.60
5. ดำเนินกิจวัตรประจำวันร่วมกัน	41 (15.6)	138 (52.7)	81 (30.9)	1 (0.4)	1 (0.4)	2.83±0.69
6. การปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน	15 (5.7)	154 (58.8)	90 (34.4)	2 (0.8)	1 (0.4)	2.69±0.60
7. ทำตามที่คนพิการขอให้ช่วยเหลือ	42 (16.0)	133 (50.8)	82 (31.3)	4 (1.5)	1 (0.4)	2.81±0.73
8. ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน	15 (5.7)	151 (57.6)	91 (34.7)	4 (1.5)	1 (0.4)	2.67±0.62
9. มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมพักผ่อนร่วมกัน	44 (16.8)	126 (48.1)	85 (32.4)	6 (2.3)	1 (0.4)	2.79±0.75
10. ให้กำลังใจไปลอบใจกันและกัน	26 (9.9)	162 (61.8)	70 (26.7)	3 (1.1)	1 (0.4)	2.80±0.63
11. ยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน	49 (18.7)	141 (53.8)	68 (26.0)	1 (0.4)	3 (1.1)	2.82±0.74
12. แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ	28 (10.7)	150 (57.3)	78 (29.8)	3 (1.1)	3 (1.1)	2.75±0.70

ตาราง 7 (ต่อ)

สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล	ตลอด เวลา	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่เคย เลย	$\bar{X} \pm SD$
13. การเลือกใช้วิธีประนีประนอม	77 (29.4)	180 (68.7)	3 (1.1)	0	2 (0.8)	3.26±0.55
14. ครอบครัวยุติและคนพิการ ร่วมกันแก้ปัญหา	25 (9.5)	172 (65.6)	64 (24.4)	0	1 (0.4)	2.84±0.59
15. พุดคุยเรื่องราวต่าง ๆ กับคนพิการ	61 (23.3)	138 (52.7)	61 (23.3)	1 (0.4)	1 (0.4)	2.98±0.71
16. ความห่วงใยสุขภาพของคนพิการ	112 (42.7)	126 (48.1)	24 (9.2)	0	0	3.34±0.63

ตาราง 8 คะแนนรวมสัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล (n = 262)

สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสัมพันธภาพต่ำ (0 - 21 คะแนน)	1	0.4
ระดับสัมพันธภาพปานกลาง (22 - 42 คะแนน)	61	23.3
ระดับสัมพันธภาพดี (43 - 64 คะแนน)	200	76.3
$\bar{X} \pm SD$		46.49 ± 6.08

เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแลเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับคนพิการมากที่สุดในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง คือ ท่านรู้สึก ห่วงใยสุขภาพของคนพิการ ร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ ผู้ดูแลและคนพิการ มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน และเมื่อมีปัญหาระหว่างท่านกับคนพิการ ท่านและคนพิการ เลือกใช้วิธีประนีประนอมร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.4 ตามลำดับ ดังตาราง 7 และผลการวิเคราะห์คะแนนรวมสัมพันธภาพของผู้ดูแลคนพิการและคนพิการ เมื่อนำคะแนนรวมมาจัดกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการมีสัมพันธภาพกับคนพิการอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.3 รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.3) และมีเพียง ร้อยละ 0.4 ที่อยู่ในระดับน้อย ดังตาราง 8

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคนพิการจำแนกรายข้อ
(n = 262)

แรงสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย	$\bar{X} \pm SD$
1. ความเห็นอกเห็นใจเมื่อเจ็บป่วย	76 (29.0)	163 (62.2)	23 (8.8)	0	0	3.20±0.58
2. ความห่วงใยทุกข้อ	14 (5.3)	184 (70.2)	64 (24.4)	0	0	2.81±0.51
3. กำลังใจจากคนในครอบครัว	95 (36.3)	117 (44.7)	49 (18.7)	1 (0.4)	0	3.17±0.73
4. บุคคลรอบข้าง	27 (10.3)	185 (70.6)	49 (18.7)	1 (0.4)	0	2.91±0.54
5. มีที่ปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ	77 (29.4)	158 (60.3)	27 (10.3)	0	0	3.19±0.62
6. คนในครอบครัว	33 (12.6)	169 (64.5)	59 (22.5)	1 (0.4)	0	2.89±0.59
7. ข้อมูลข่าวสาร	72 (27.5)	162 (61.8)	28 (10.7)	0	0	3.17±0.59
8. ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเอง	55 (21.0)	151 (57.6)	55 (21.0)	1 (0.4)	0	2.99±0.66
9. คำแนะนำเรื่องที่ตนเองอยากรู้	64 (24.4)	151 (57.6)	44 (16.8)	3 (1.1)	0	3.05±0.67
10. ความช่วยเหลือด้านการเงิน	77 (29.4)	164 (62.6)	20 (7.6)	1 (0.4)	0	3.21±0.58
11. การแบ่งเบาภาระงาน	22 (8.4)	193 (73.7)	47 (17.9)	0	0	2.90±0.50
12. การแบ่งเบาภาระดูแลคนพิการ	77 (29.4)	132 (50.4)	52 (19.8)	1 (0.4)	0	3.09±0.70
13. สิ่งของที่จำเป็นในการดูแลคนพิการ	77 (29.4)	139 (53.1)	44 (16.8)	2 (0.8)	0	3.11±0.69

ตาราง 10 คะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคนพิการ (n = 262)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (0 - 33 คะแนน)	0	0
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (18 - 34 คะแนน)	169	64.5
แรงสนับสนุนทางสังคมมาก (35 - 52 คะแนน)	93	35.5
$\bar{X} \pm SD$	39.70 \pm 5.14	

ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตามรายข้อ เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุน มากที่สุดคือ ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์ ร้อยละ 36.3 รองลงมาคือ ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ยปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลคนพิการ ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอในการดูแลคนพิการ โดยมีคะแนนร้อยละ 29.4 เท่ากัน ดังตาราง 9 และผลการวิเคราะห์คะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคนพิการ เมื่อนำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มแล้วพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 35.5 โดยที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ดังตาราง 10

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของความรู้สึกการเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกรายข้อ (n = 262)

การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เลย	$\bar{X} \pm SD$
1. ขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	85 (32.4)	155 (59.2)	15 (5.7)	5 (1.9)	2 (0.8)	3.21 \pm 0.69
2. เครียดทั้งงานของตนเองและ คนพิการ	1 (0.4)	150 (57.3)	108 (41.2)	2 (0.8)	1 (0.4)	2.56 \pm 0.54
3. หงุดหงิดใจ/เครียด ขณะอยู่ใกล้คนพิการ	48 (18.3)	124 (47.3)	79 (30.2)	6 (2.3)	5 (1.9)	2.78 \pm 0.83

ตาราง 11 (ต่อ)

การประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแล	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เลย	$\bar{X} \pm SD$
4. คนพิการทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนแย่ลง	18 (6.9)	156 59.5	73 (27.9)	12 (4.6)	3 1.1	2.66±0.72
5. กังวลใจกับคนพิการจะเป็นอย่างไร	39 (14.9)	122 46.6	90 (34.4)	11 (4.2)	0	2.72±0.76
6. สุขภาพของคุณแย่ลงจากการดูแลคนพิการ	26 (9.9)	136 (51.9)	95 (36.3)	5 (1.9)	0	2.70±0.67
7. ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวมากเท่าที่ต้องการ	26 (9.9)	137 (52.3)	85 (32.4)	13 (5.5)	1 (0.4)	2.66±0.73
8. ไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ จากคนพิการ	23 (8.8)	125 (47.7)	101 (38.5)	9 (3.4)	4 (1.5)	2.59±0.76
9. คนพิการ คาดหวังในตัวคุณมาก	27 (10.3)	153 (58.4)	75 (28.6)	6 (2.3)	1 (0.4)	2.76±0.67
10. มีความอดทนที่จะดูแลคนพิการ	19 (7.3)	138 (52.7)	87 (33.2)	15 (5.7)	3 (1.1)	2.59±0.57
11. ไม่สามารถอดทนดูแล คนพิการ	23 (8.8)	136 (51.9)	88 (33.6)	12 (4.6)	3 (1.1)	2.63±0.75
12. ไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตของตนเอง	30 (11.5)	153 58.4	66 (25.2)	9 (3.4)	4 (1.5)	2.27±0.76
13. อยากที่จะละทิ้งหน้าที่การดูแลคนพิการ	20 (7.6)	148 (56.5)	77 (29.4)	9 (3.4)	8 (3.1)	2.62±0.81
14. ไม่มีอะไรแน่นอนสำหรับที่ทำให้คนพิการ	90 (34.4)	160 (61.1)	12 (4.6)	0	0	3.30±0.54
15. ตัวเองควรจะได้รับ การดูแลจากญาติ	51 (19.5)	148 (56.5)	63 (24.0)	0	0	2.95±0.65
16. ประโยชน์มากกว่าการดูแลคนพิการ	110 (42.0)	106 (40.5)	37 (14.1)	4 (1.5)	5 (1.9)	3.19±0.87
17. ภาพรวมรู้สึกว่าการดูแล คนพิการ เป็นภาระ	130 (49.6)	102 (39.8)	23 (8.8)	5 (1.9)	2 (0.8)	3.35±0.78

ตาราง 12 คะแนนรวมความรู้สึกการเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลคนพิการ (n = 262)

ความรู้สึกการเป็นภาระการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
รู้สึกว่าเป็นภาระน้อย (0 - 22 คะแนน)	4	1.5
รู้สึกว่าเป็นภาระปานกลาง (23 - 45 คะแนน)	78	29.8
รู้สึกว่าเป็นภาระมาก (46 - 68 คะแนน)	180	68.7
$\bar{X} \pm SD$	48.02	± 7.54

ผลการวิเคราะห์ความรู้สึกการเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตามรายชื่อเมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแลคนพิการ มากที่สุดคือ โดยภาพรวม ท่านรู้สึกว่าการดูแลคนพิการเป็นภาระสำหรับท่าน ร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ ท่านรู้สึกว่าหากใช้เวลาที่ดูแลคนพิการไปดูแลญาติคนอื่นน่าจะได้ประโยชน์มากกว่านี้ และ ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรแน่นอนสำหรับสิ่งที่คุณทำให้คนพิการ ร้อยละ 42.0 และ 34.4 ตามลำดับ ดังตาราง 11 และเมื่อนำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการมีความรู้สึกการเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.8 และระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 1.5 ดังตาราง 12

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของผู้ดูแลจำแนกรายข้อ (n = 262)

ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	$\bar{X} \pm SD$
1. การดูแลผู้มีพระคุณจะได้ขึ้นสวรรค์	107 (40.8)	152 (58.0)	3 (1.1)	0	3.40 \pm 0.51
2. เราจะได้ดีหรือตกต่ำขึ้นอยู่กับสิ่งที่ทำ	28 (10.7)	173 (66.0)	61 (23.3)	0	2.87 \pm 0.57
3. หากทำบุญร่วมกับคนที่เรารักจะได้พบกันอีก	83 (31.7)	124 (47.3)	55 (21.0)	0	3.11 \pm 0.71
4. การเลี้ยงดูผู้มีพระคุณจะได้รับผลกลับมา	50 (19.1)	168 (64.1)	44 (16.8)	0	3.02 \pm 0.60

ตาราง 13 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	$\bar{X} \pm SD$
5. คนที่มีความโกรธเสมอตายไปจะตกนรก	64 (24.4)	155 (59.2)	43 (16.4)	0	3.08±0.63
6. การดูแลคนพิการจะได้รับความเมตตา จากคนอื่น	55 (21.0)	140 (53.4)	67 (25.6)	0	2.95±0.68
7. การตระหนี่ถี่เหนียวตายไปย่อมตกนรก	66 (25.2)	145 (55.3)	51 (19.5)	0	3.05±0.66
8. ทำให้พ่อ แม่ เสียใจย่อมเป็นบาปติดตัว	55 (21.0)	161 (61.5)	46 (17.6)	0	3.03±0.62
9. การดูแลคนพิการเป็นเพราะบุญกรรม ที่ทำไว้	59 (22.5)	145 (55.3)	58 (22.1)	0	3.00±0.67
10. ความโกรธแค้นกันในชาตินี้และชาติหน้า	53 (20.2)	144 (55.0)	64 (24.4)	1 (0.4)	2.95±0.67

ตาราง 14 คะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของผู้ดูแล (n = 262)

ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ (0 - 13 คะแนน)	0	0
มีความเชื่อน้อย (14 - 26 คะแนน)	47	17.9
มีความเชื่อมาก (27 - 40 คะแนน)	215	82.1
$\bar{X} \pm SD$		30.48 ± 4.04

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของผู้ดูแล จำแนกตามรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ มากที่สุดคือ หากเราทำบุญมาก ๆ เช่น การดูแลผู้มีพระคุณจะได้ขึ้นสวรรค์ ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ หากเราทำบุญร่วมกับคนที่เรารักหรือเคารพจะได้พบกันอีกชาติหน้า และหากท่านดูแลคนพิการด้วยความตระหนี่ถี่เหนียวไม่สงเคราะห์ในสิ่งที่ควรสงเคราะห์เมื่อตายไปย่อมตกนรก คิดเป็น ร้อยละ 31.7 และ 25.2 ตามลำดับ ดังตาราง 13 และเมื่อนำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ อยู่ใน

ระดับมาก ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญระดับน้อย ร้อยละ 17.9 โดยที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการที่ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ดังตาราง 14

ส่วนที่ 4 ความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของความเครียดของผู้ดูแลจำแนกรายข้อ (n = 262)

ความเครียดของผู้ดูแล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย	$\bar{X} \pm SD$
ด้านร่างกายของคนพิการ						
1. การทำกิจวัตรประจำวัน	45 (17.2)	101 (38.5)	57 (21.8)	46 (17.6)	13 (5.0)	2.45±1.16
2. การเตรียมอาหารสำหรับคนพิการ	20 (7.6)	119 (45.4)	83 (31.7)	26 (9.9)	14 (5.3)	2.40±0.95
3. การพลิกตัว	41 (15.6)	108 (41.2)	76 (29.0)	27 (10.3)	10 (3.8)	2.55±1.00
4. การป้อนอาหารหรือการให้อาหาร	40 (15.3)	118 (45.0)	48 (18.3)	29 (11.1)	27 (10.3)	2.40±1.18
5. การขับถ่ายปัสสาวะ	62 (23.7)	110 (42.0)	66 (25.2)	21 (8.0)	3 (1.1)	2.79±0.93
6. การขับถ่ายอุจจาระ	103 (39.3)	81 (30.9)	65 (24.8)	12 (4.6)	1 (0.4)	3.04±9.20
7. การเคลื่อนไหวร่างกาย	96 (36.6)	96 (36.6)	40 (15.3)	22 (8.4)	8 (3.1)	2.95±1.06
ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของคนพิการ						
8. ทำทางเฉยเมย ไร้อารมณ์ ไร้ความรู้สึก	39 (14.9)	111 (42.4)	43 (16.4)	48 (18.3)	21 (8.0)	2.38±1.17
9. นอนไม่ค่อยหลับ หลับยาก	25 (9.5)	96 (36.6)	73 (27.9)	47 (17.9)	21 (8.0)	2.22±1.09
10. โทษตัวเองที่เป็นภาวะ	22 (8.4)	96 (36.6)	72 (27.5)	44 (16.8)	28 (10.7)	2.15±1.13
11. ท้อแท้ คิดอยากฆ่าตัวตาย	28 (10.7)	89 (34.0)	54 (20.6)	53 (20.2)	38 (14.5)	2.06±1.24

ตาราง 15 ต่อ

ความเครียดของผู้ดูแล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย	$\bar{X} \pm SD$
12. หงุดหงิดง่าย	13 (5.0)	86 (32.8)	64 (24.4)	65 (24.8)	34 (13.0)	1.92±1.13
13. ก้าวร้าวทางวาจา เช่น ต่ำว่าผู้อื่น	15 (5.7)	75 (28.6)	65 (24.8)	60 (22.9)	47 (17.9)	1.81±1.19
14. ก้าวร้าวทางการกระทำ	17 (6.5)	73 (27.9)	74 (28.2)	39 (14.9)	59 (22.5)	1.81±1.24
15. ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา	18 (6.9)	75 (28.6)	68 (26.0)	38 (14.5)	63 (24.0)	1.80±1.27
ด้านความคิดความจำของคนพิการ						
16. ความสนใจสั้น	8 (3.1)	59 (22.5)	52 (19.8)	53 (20.2)	90 (34.4)	1.40±1.25
17. สมาธิหรือความตั้งใจลดลง	15 (5.7)	42 (16.0)	45 (17.2)	59 (22.5)	101 (38.5)	1.28±1.28
18. จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตไม่ได้	12 (4.6)	47 (17.9)	35 (13.4)	57 (21.8)	111 (42.4)	1.21±1.28
19. ลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ ก่อนหรือหลังไม่ได้	15 (5.7)	34 (13.0)	52 (19.8)	41 (15.6)	120 (45.8)	1.17±1.29
ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน						
20. การระบายเสมหะ	19 (7.3)	34 (13.0)	17 (6.5)	27 (10.3)	165 (63.0)	0.91±1.36
21. การทำความสะอาดท่อช่วยหายใจ	7 (2.7)	15 (5.7)	15 (5.7)	7 (2.7)	218 (83.2)	0.42±1.01
22. การทำความสะอาดแผลรอบท่อ ช่วยหายใจ	6 (2.3)	19 (7.3)	9 (3.4)	8 (3.1)	220 (84.0)	0.41±1.01
23. การทำความสะอาดแผลรอบ สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง	8 (3.1)	17 (6.5)	12 (4.6)	7 (2.7)	218 (83.2)	0.44±1.04

ตาราง 15 ต่อ

ความเครียดของผู้ดูแล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย	$\bar{X} \pm SD$
24. การทำความสะอาดแผลกดทับ	11 (4.2)	128 (48.9)	78 (29.8)	18 (6.9)	27 (10.3)	2.30±1.02
25. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	16 (6.1)	145 (55.3)	69 (26.3)	29 (11.1)	3 (1.1)	2.54±0.81
26. การป้องกันข้อติดแข็ง	16 (6.1)	126 (48.1)	100 (38.2)	20 (7.6)	0	2.53±0.72
27. การเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากการชัก เกร็ง กระตุก	30 (11.5)	117 (44.7)	90 (34.4)	16 (6.1)	9 (3.4)	2.55±0.89
28. การจัดและให้ยาตามแผนการ	28 (10.7)	143 (54.6)	72 (27.5)	17 (6.5)	2 (0.8)	2.68±0.78
ด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่าย						
29. ค่ารักษาพยาบาล	117 (44.7)	88 (33.6)	37 (14.1)	15 (5.7)	5 (1.9)	3.13±0.98
30. ค่าอาหารของคนพิการ	154 (58.8)	70 (26.7)	27 (10.3)	7 (2.7)	4 (1.5)	3.39±0.88
31. การจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด	170 (64.9)	72 (27.5)	15 (5.7)	5 (1.9)	0	3.55±0.69
32. ค่าอุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน	180 (68.7)	60 (22.9)	18 (6.9)	2 (0.8)	2 (0.8)	3.58±0.72
33. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพคนพิการ	108 (41.2)	105 (40.1)	38 (14.5)	10 (3.8)	1 (0.4)	3.18±0.84

ตาราง 16 คะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแล (n = 262)

ความเครียดของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มีความเครียดน้อย (0 - 44 คะแนน)	20	7.6
มีความเครียดปานกลาง (45 - 89 คะแนน)	203	77.5
มีความเครียดมาก (90 - 132 คะแนน)	39	14.9
$\bar{X} \pm SD$		71.54 ± 17.99

ผลการวิเคราะห์คะแนนความเครียดของผู้ดูแล จำแนกตามรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียด มากที่สุด คือ ค่าอุปกรณ์ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น สายยางดูดเสมหะ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รถเข็นนั่ง ถังออกซิเจน ร้อยละ 68.7 รองลงมาคือ การจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง, ค่าอาหาร, ที่พัก) และ ค่าอาหารของคนพิการ คิดเป็นร้อยละ 64.9 และ 58.8 ตามลำดับ ดังตาราง 15 และเมื่อนำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ มีความเครียดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 14.9 และมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 7.6 ตามลำดับ ดังตาราง 16

ตาราง 17 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล: การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว

ปัจจัย	b	Beta	t	p
เพศผู้ดูแล (X1) (กลุ่มอ้างอิง = หญิง)	1.435	0.040	0.641	0.522
อายุผู้ดูแล (X2)	0.315	0.187	3.077	0.002
สถานภาพสมรส (X3) (กลุ่มอ้างอิง = สมรส)				
โสด (X3.1)	0.394	0.010	0.161	0.872
หย่าร้าง/หม้าย (X3.2)	-5.045	-0.071	-1.128	0.261
ระดับการศึกษา (X4) (กลุ่มอ้างอิง = ปริญญาตรี)				
ประถม (X4.1)	-5.580	-0.146	-1.877	0.062
มัธยม (X4.2)	-6.889	-0.190	-2.446	0.015
โรคประจำตัว (X5) (กลุ่มอ้างอิง = มีโรคประจำตัว)	6.169	0.144	2.338	0.20
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (X6)	-1.263	0.243	-0.307	< 0.001
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (X7)	-0.281	0.118	-1.909	0.057
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (X8)	0.006	0.002	0.025	0.980
ประสบการณ์ในการดูแล (X9)	-3.491	-0.192	-3.147	0.002
อายุของคนพิการ (X10)	0.322	0.346	5.942	< 0.001
เพศของคนพิการ (X11) (กลุ่มอ้างอิง = หญิง)	-3.227	-0.089	-1.442	0.150
คะแนน ADL (X12)	-2.862	0.090	-1.453	0.147
ระยะเวลาความพิการ (X13)	-2.415	-0.191	-3.144	0.002
มีงานทำ (X14) (กลุ่มอ้างอิง = ไม่ได้ทำงาน)	8.234	0.167	2.725	0.007
คู่สมรสเป็นผู้ดูแล (X15) (กลุ่มอ้างอิง = ไม่ใช่คู่สมรส)	6.580	0.156	2.542	0.012
สัมพันธ์ภาพระหว่างคนพิการ (X16)	-0.672	-0.227	-3.763	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม (X17)	-0.680	-0.194	-3.191	0.002
ความเชื่อเรื่องบาปบุญ (X18)	-0.862	-0.194	-3.181	0.002

จากการวิเคราะห์เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดของผู้ดูแล โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ซึ่งมีตัวแปรที่นำเข้าวิเคราะห์ จำนวน 18 ตัวแปร ได้แก่ เพศผู้ดูแล อายุผู้ดูแล สถานภาพสมรสผู้ดูแล ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความเชื่อมั่นในการดูแล ความรู้เรื่องการเป็นภาระในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแล อายุของคนพิการ เพศของคนพิการ คะแนน ADL ของคนพิการ ระยะเวลาความพิการ การมีงานทำ ความสัมพันธ์ของคนพิการ สัมพันธภาพของคนพิการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเรื่องบาปบุญ ด้วยการวิเคราะห์ Simple Linear Regression พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลคนพิการที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุของคนพิการ ($p < 0.001$) ความเชื่อมั่นในการดูแลคนพิการ ($p < 0.001$) คู่สมรสเป็นผู้ดูแล ($p\text{-value} = 0.012$) คะแนน ADL ของคนพิการ ($p\text{-value} = 0.147$) การมีงานทำ ($p\text{-value} = 0.007$) และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ($p\text{-value} = 0.002$) และตัวแปรที่ไม่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ มีจำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ เพศผู้ดูแล อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความรู้เรื่องการเป็นภาระในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแล เพศของคนพิการ ระยะเวลาความพิการ ความสัมพันธ์ของคนพิการ สัมพันธภาพของคนพิการ แรงสนับสนุนทางสังคม ดังตาราง 17

ตาราง 18 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล: การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p
อายุคนพิการ (X10)	0.241	0.258	4.675	<0.001*
การรับรู้สมรรถนะ (X6)	-1.208	-0.293	-5.144	<0.001*
คู่สมรสเป็นผู้ดูแล (X15)	5.962	0.141	2.389	0.018*
คะแนน ADL (X12)	-4.586	-0.144	-2.599	0.010*
มีงานทำ (14)	7.089	0.143	2.421	0.016*
ความเชื่อบาปบุญ (X18)	-0.583	-0.131	-2.371	0.018*
Constant (a) = 125.133		R square = 0.264	Adjusted R square = 0.246	
F = 15.211		P < 0.001		

* $p < 0.05$

จากตาราง 18 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวแปรแบบเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ตัวแปรจำนวน 6 ตัวแปร ที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ ได้แก่ อายุของคนพิการ โดยมีผลเชิงบวกต่อความเครียดของผู้ดูแล (Beta = 0.258, $p < 0.001$) ความเชื่อมั่นในการดูแลคนพิการของผู้ดูแล โดยมีผลเชิงลบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ (Beta = -0.293, $p < 0.001$) การมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล โดยมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการมากกว่าการที่ไม่ได้มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล (Beta = 0.141, $p\text{-value} = 0.018$) คะแนน ADL ของคนพิการ โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ (Beta = -0.144, $p\text{-value} = 0.010$) การมีงานทำของผู้ดูแล โดยมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลมากกว่าผู้ที่ไม่มีงานทำ (Beta = 0.143, $p\text{-value} = 0.016$) และ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญโดยมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ (Beta = -0.131, $p\text{-value} = 0.018$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับติดเตียงจังหวัดสุโขทัย และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 262 ราย ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองประชากร ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์ 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการ 3) แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะตนเอง 4) แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล 5) แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม 6) แบบประเมินความรู้สึกการเป็นภาระของผู้ดูแล 7) แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของผู้ดูแล และ 8) แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ปัจจัยระดับวัฒนธรรม และความเครียดวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหววิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการนำวิธีคัดเลือกตัวแปรโดยวิธีการเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

ผู้ดูแลคนพิการเป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 55 และร้อยละ 45 อยู่ในช่วงอายุ 36 - 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.7 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.93 ปี อายุน้อยที่สุดส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.2 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการมีความสัมพันธ์กับคนพิการเป็นบุตร ในสัดส่วนร้อยละ 66.8 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป โดยคิดเป็นร้อยละ 42.7 ผู้ดูแลมีรายได้ 5001 - 10000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 53.4 โดยจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลคนพิการใน 1 วัน ส่วนใหญ่เกิน 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 67.2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลคนพิการมาระยะเวลา 2 - 5 ปี ร้อยละ 68.3 และส่วนใหญ่มีบทบาททางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 37.8 ผู้ดูแลคนพิการส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับคนพิการ คือ เป็นบุตรของคนพิการเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือ คู่สมรสของคนพิการและบิดามารดาของคนพิการ ร้อยละ 66.8 , 23.7 และ 8.8 ตามลำดับ ในด้านปัจจัยระดับบริบทแวดล้อม (Context) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการมีสัมพันธภาพกับคนพิการอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.3 รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3 และมีเพียง ร้อยละ 0.4 ที่อยู่ในระดับน้อย ผู้ดูแลคนพิการส่วนใหญ่ มีบทบาททางสังคมที่ต้องมีหน้าที่ในชุมชน ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 37.8 และเป็นประธาน/รองประธาน/เลขา กรรมการ ชมรมต่าง ๆ ร้อยละ 24.8 โดยภาพรวมแล้วผู้ดูแลคนพิการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 35.5 โดยที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย โดยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านปัจจัยความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของผู้ดูแลนั้น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญระดับน้อย ร้อยละ 17.9 โดยที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการที่ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

ข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

คนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงเป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 56.5 และร้อยละ 43.5 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.92 ปี โดยส่วนใหญ่ มีระยะเวลาความพิการ ตั้งแต่ 1- 4 ปี มากที่สุด ร้อยละ 95 สาเหตุเกิดจากการเจ็บป่วย มากที่สุด ร้อยละ 55.7 รองลงมาสาเหตุเกิดจากการถูกทำร้ายร่างกาย

และพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 36.6 , 7.3 ตามลำดับ คะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของคนพิการอยู่ใน ช่วง 1 คะแนนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.2 รองลงมาคือ 2 คะแนน และ 1 คะแนน ร้อยละ 25.2, 4.6 ตามลำดับ

ระดับความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

จากการศึกษาความเครียด และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงจังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 71.54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.99) เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับ พบว่า จัดอยู่ในความเครียดระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือมีความเครียดระดับมาก ร้อยละ 14.9 และมีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 7.6 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียด มากที่สุดคือ ค่าอุปกรณ์ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น สายยางดูดเสมหะ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รถเข็นนั่ง ถังออกซิเจน ร้อยละ 68.7 รองลงมาคือ การจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด (รวมทั้งค่าจ้างรถ ค่าเดินทาง, ค่าอาหาร, ที่พัก) และ ค่าอาหารของคนพิการ คิดเป็นร้อยละ 64.9 และ 58.8 ตามลำดับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

ปัจจัยต่างที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ตัวแปรจำนวน 6 ตัวแปร ที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ ได้แก่ อายุของคนพิการ โดยมีผลเชิงบวกต่อความเครียดของผู้ดูแล (Beta = 0.258, $p < 0.001$) ความเชื่อมั่นในการดูแลคนพิการของผู้ดูแล โดยมีผลเชิงลบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ (Beta = -0.293, $p < 0.001$) การมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล โดยมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการมากกว่าการที่ไม่ได้มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล (Beta = 0.141, $p\text{-value} = 0.018$) คะแนน ADL ของคนพิการ โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ (Beta = -0.144, $p\text{-value} = 0.010$) การมีงานทำของผู้ดูแล โดยมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลมากกว่าผู้ที่ไม่มีการทำงาน (Beta = 0.143, $p\text{-value} = 0.016$) และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ (Beta = 0.131, $p\text{-value} = 0.018$)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความเครียด และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 71.54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.99) เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับพบว่า จัดอยู่ในความเครียดระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 77.5 รองลงมา มีความเครียดระดับมาก ร้อยละ 14.9 และมีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 7.6 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาสิณี สุทธิฤทธิ์ และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษาค่าความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.00 แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาบริบทที่ต่างกัน โดยผู้ดูแลคนพิการส่วนใหญ่เป็นบุตรของคนพิการเอง มีสถานภาพสมรสและมีผู้ดูแลรองที่คอยช่วยเหลือในการดูแลคนพิการ จึงเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักได้บ้างพอสมควรประกอบกับสังคมวัฒนธรรมไทยเชื่อเรื่องความกตัญญูกตเวทิต่อบุพการีจึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มองเรื่องการดูแลคนพิการเป็นการทดแทนบุญคุณ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเครียดมีความแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ ขวัญตา บุญवास และคณะ (2560) ที่ทำการศึกษาค่าความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงในจังหวัดตรัง จำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลคนพิการที่นอนติดเตียงที่บ้าน มีความเครียดอยู่ในระดับสูง

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการระดับติดเตียง พบว่า จากปัจจัยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล (เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา โรคประจำตัว การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้เรื่องการเป็นภาระในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ การประกอบอาชีพ) ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย (อายุของคนพิการ เพศ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาความพิการ) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (ความสัมพันธ์กับคนพิการ สัมพันธภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยระดับวัฒนธรรม (ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ) เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมอิทธิพลระหว่างตัวแปรแล้วมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการระดับติดเตียง จำนวน 6 ปัจจัย โดยอภิปรายรายปัจจัยดังนี้ ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ การประกอบอาชีพ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ปัจจัยระดับบุคคลของคนพิการ ได้แก่ อายุของคนพิการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนพิการ ปัจจัยระดับวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

อายุของคนพิการ ซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล (Beta = 0.258, $p < 0.001$) กล่าวคือ เมื่อคนพิการมีอายุมากขึ้น ความเครียดของผู้ดูแลก็เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากการที่อายุของคนพิการเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายของคนพิการเสื่อมสมรรถภาพมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลทำให้ส่งผลต่อความเครียด เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ จริญญา ชำเจริญและคณะ (2564) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน พบว่า อายุของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นสามารถทำนายความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนพิการ การที่คู่สมรสเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = 0.141, $p = 0.018$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคู่สมรสเป็นบุคคลในครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับคนพิการทำให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับคนพิการ รวมถึงการที่คู่สมรสอยู่ในวัยเดียวกับคนพิการ ซึ่งในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.2 คนพิการเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้น ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสซึ่งอยู่ในวัยเดียวกันกับคนพิการจึงอาจเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหรือกลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาสิณี สุทธิฤทธิ และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับการหารายได้หลักของครอบครัวเช่นเดียวกับสามีและบทบาทในการเป็นภรรยาและการเป็นแม่ มีภาระหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเช่นดูแลความสะอาดของบ้านเรือน ทำอาหาร ดูแลลูกและสามีดังนั้นการรับหลายบทบาทหน้าที่ในเวลาเดียวกันอีกด้วย อาจนำไปสู่ความเครียด และการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ (2557) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง:กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม การศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส จะได้รับผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตอารมณ์และสังคมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังในระหว่างการให้การดูแล สอดคล้องกับ ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทเกี่ยวกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่บ้าน และการศึกษาของ รสรินทร์ เกรย์ (2557) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ดูแลสามารถทำนายความเครียดของผู้ดูแลได้ ($R^2 = 0.177$) แตกต่างจากการศึกษาของ จริญญา ชำเจริญ และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = -0.144, $p < 0.010$) ซึ่งค่อนข้างเป็นที่ชัดเจนสำหรับความสัมพันธ์ดังกล่าว ยืนยันโดยหลายการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยในระดับบุคคลของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากมีการพึ่งพาญาติผู้ดูแลน้อย ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลที่น้อย

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = -0.293, $p < 0.001$) โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลคนพิการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถดูแลคนพิการได้ จะทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้อง จริญญา ชำเจริญ และคณะ (2563) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน พบว่า ความพร้อมของญาติสามารถทำนายความเครียดจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคลของญาติผู้ดูแลโดยตรง ญาติผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากมีความเครียดน้อย ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นกับที่บ้านได้ดี จึงเกิดความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ญาติไม่เกิดภาวะหรือความเครียด

การมีงานทำของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = 0.143, p 0.016$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีงานทำนั้นจะเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลคนพิการไปด้วย โดยปัจจัยในเรื่องการมีงานทำของผู้ดูแลที่พบในการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล

ความเชื่อเรื่องบาปบุญ ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = -0.131, p 0.018$) เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และอาศัยในชุมชนชนบท โดยส่วนใหญ่มีความเชื่อเรื่องบาปบุญในระดับมาก ถึงร้อยละ 82.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูสุวิมลสีลบรรพต สีลสุฑโธ (2560) ที่ทำการศึกษาคำเชื่อเรื่อง บุญ-บาป ที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของประชาชน อำเภอศรีมหาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นต่อความเชื่อเรื่อง บุญ-บาป อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทย เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งขัดเกลาทางจิตใจของญาติผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็ง และมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ช่วยให้มีความกล้าในการดูแลคนพิการ อย่างไรก็ตามพบว่า มีความแตกต่างจากการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง แต่ถ้าหากความเครียดนั้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ความเครียดมีระดับที่สูงและเพิ่มความเครียดมากขึ้น ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรพึงระวังปัญหาที่เกิดจากความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ควรหากิจกรรมหรือวิธีการในการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล อาทิ กิจกรรมทางศาสนา หรือให้คำปรึกษาเฉพาะรายที่มีความเครียด เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ควรจัดตั้งกองทุนเพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อช่วยแบ่งเบาการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียง โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ต่อไป

3. ส่งเสริมการศึกษาวิชาพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทมากยิ่งขึ้นเพื่อให้เกิดเป็นการปลูกฝังให้เยาวชนและประชาชนได้รับการศึกษาหลักธรรมคำสอน หรือส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่นำหลักคำสอนตามพระพุทธศาสนามาใช้เพื่อลดความเครียด

4. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ตัวแปรทำนายการรับรู้สมรรถนะส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลหากมีการเพิ่มหรือพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะในการดูแลคนพิการให้กับผู้ดูแลจะสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลคนพิการลงได้

5. จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของคนพิการ ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลหากคนพิการได้รับการ บำรุงกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ จนทำให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างความเครียดของผู้ดูแลก็จะลดลง

6. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ควรจัดหาอาชีพสำหรับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายที่มีความจำเป็นและมีข้อจำกัดในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายที่บ้าน โดยที่ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในระดับต่าง ๆ ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางในระดับ เขตสุขภาพ ระดับภาค ตลอดจนระดับประเทศ รวมถึงศึกษาในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับอื่น ๆ เพิ่มเติม

2. ควรทำการศึกษาวิจัยโปรแกรมที่สามารถจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

3. ควรมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคทางจิตประเภทต่างๆ ที่อาจอาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแล เป็นต้น

บรรณานุกรม

- Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. *Child Development*, 45(1), 1-5.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 515-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. SAGE Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793-828). Wiley.
- Kim, D. (2017). Relationships between Caregiving Stress, Depression, and Self-Esteem in Family Caregivers of Adults with a Disability. *Occupational Therapy International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/1686143>
- Lawang, W. (2013). *Developing support for Thai family caregivers of adults with a physical disability: A community-based action research* [Unpublished doctoral dissertation]. LaTrobe University.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer Publishing.
- Rice, V. H. (2012). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.
- <https://books.google.co.th/books?id=PZ9pAAAAMAAJ>

V. C. Anuratha, S., Anisah, B., & Nor Afiah, M. Z. (2017). Predictors of depression among caregivers of disabled children in community based Rehabilitation Centres in Selangor. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 4(1), 91-101.

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.

World Health Organization, & The World Bank. (2011). *World report on disability*.

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย 2554.

<https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

(2555). คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.

๒๕๕๕. <https://dep.go.th/th/law-academic/documents-download/id-card-doc/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%89%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3-2574>

กิตติมา รุ่งแดง. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สุรินทร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.

ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิมิตศุตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 205-216.

จริยา ขำเจริญ, สุปรีดา มั่นคง, และนุชนาฏ สุทธิ. (2564). ปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแล

- จากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. *วารสารสมาการพยาบาล*, 36(1), 150-166.
- ชนกานต์ แสงคำกุล, พนิดา จันทโสภีพันธ์, และเดชา ทำดี. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพพระดัดปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว. *พยาบาลสาร*, 43(5), 93-103.
- ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ณชนก เขียดสุข, ศุภร วงศ์วาทัญญ, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2556). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 19(3), 349-364.
- ณัฐพงศ์ เป็นลาภ, และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร. (2559). ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(4).
- นันทพร ศรีนิ่ม, และธารินี นนทพุทธ. (2560). ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างมืออาชีพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(2), 83-89.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556. (29 มีนาคม 2556). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 130 ตอนที่ 30ก.
- ไพรินทร์ พัสดู. (2556). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *พยาบาลรามาริบัติสาร*, 20(1), 82-96.
- ภาวิณี พรหมบุตร. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ, และสุกัญญา ชันวิเศษ. (2554). คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัด จันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*,

28(2), 98-109.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. งามาธิบดีพยาบาล
สาร, 2(1), 84-92.

รศรินทร์ เกรย์, และสาลินี เทพสุวรรณ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.
วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 20(1), 203-228.

วรรณรัตน์ ลาวัง, และรัชณี สรรเสริญ. (2558). PPCT Model: รูปแบบชีวิตนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนา
สุขภาพผู้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 15-20.

วรรณรัตน์ ลาวัง. (2547). สถานการณ์ปัญหาความต้องการ และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่
ป่วยเรื้อรังที่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณรัตน์ ลาวัง. (2564). การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน: บทบาทที่ทำทนายสำหรับ
พยาบาล. แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

วัจนาลีละพัฒนะ, และสายพิน หัตถิรัตน์. (2558). เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว.

https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4

ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2549). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันสิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
(2558). คู่มือสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน สำหรับคน
พิการทางการเคลื่อนไหว. สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรจน์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่
ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล, 29(4), 22-31.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2560). สรุปผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สุโขทัย ประจำปี 2560. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2564). สถิติคนพิการ. <http://nep.go.th/>

สุดาสินี สุทธิฤทธิ์, อรณัฐ ยวงทอง, วราภา จันทรเฑียร, สุวรรณิ นิยมจิตร, นิชชยาภรณ์ บัวแสง,
และศิรินยา รอดเจริญ. (2564). ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุ
ราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 35(2), 1-12.

สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์, และกุลธิดา พานิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์, 32(2), 68-80.

สุรณี เฉลิมชัยนุกูล. (2560). การศึกษาผลของการได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการและการมีแหล่ง

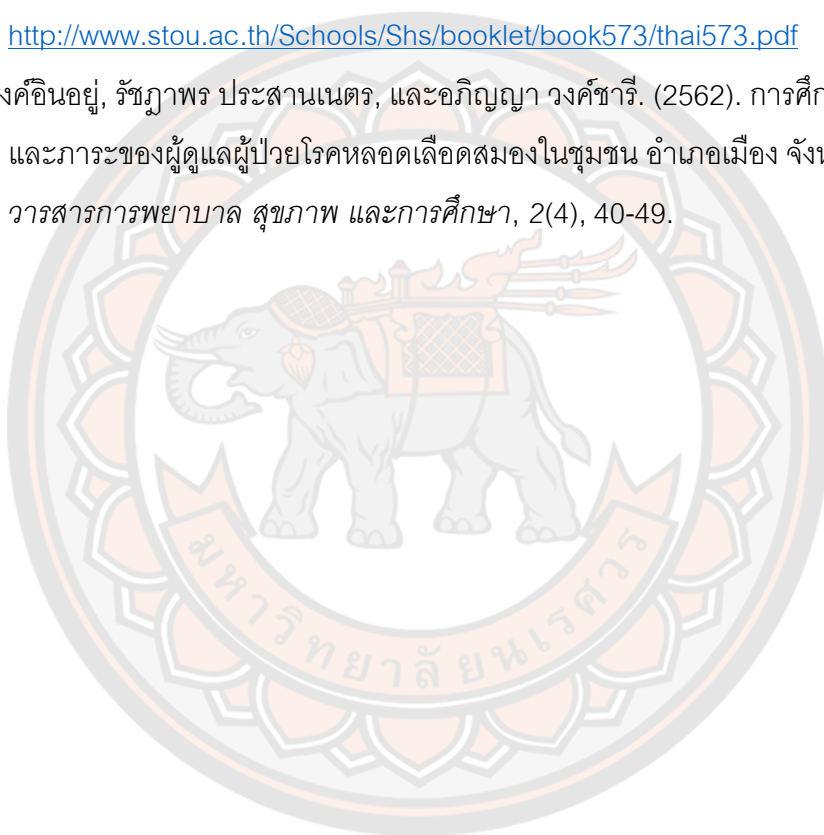
ทรัพยากรทางบุคคลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวภา เล็กวงษ์, วรรณรัตน์ ลาวัณ, และสมสมัย รัตนกริษากุล. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทาง
ปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย. *วารสารวิทยาลัย
พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 102-112.

อดิศักดิ์ สุมาลี. (2557). การจัดการความเครียด [จุลสาร]. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

<http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book573/thai573.pdf>

อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญา วงศ์ชาวี. (2562). การศึกษาความเครียด
และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(4), 40-49.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศผู้ดูแล	นามบัญญัติ (Nominal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศหญิง (อ้างอิง) เพศหญิง (หญิง = 1, ชาย = 0)
อายุผู้ดูแล	อัตราส่วนสเกล (Ratio scale)
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ (Nominal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สมรส (อ้างอิง) หม้าย/หย่า/แยก โสด (โสด = 1, อื่น ๆ = 0) หม้าย/หย่า/แยก (หม้าย/หย่า/แยก = 1, อื่น ๆ = 0)
ระดับการศึกษา	อันดับสเกล (Ordinal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ปริญญาตรี (อ้างอิง) ประถมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น = 1, อื่น ๆ = 0) มัธยมศึกษาตอนต้น (มัธยมศึกษาตอนต้น = 1, อื่น ๆ = 0) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช = 1, อื่น ๆ = 0) อนุปริญญา/ปวส (อนุปริญญา/ปวส = 1, อื่น ๆ = 0) ปริญญาตรีขึ้นไป (ปริญญาตรีขึ้นไป = 1, อื่น ๆ = 0)
โรคประจำตัว	นามบัญญัติ (Nominal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) มีโรคประจำตัว (อ้างอิง) ไม่มีโรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัว = 1, อื่น ๆ = 0)
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	ช่วงสเกล (Interval scale)
ความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระในการดูแล	ช่วงสเกล (Interval scale)
ระยะเวลาดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)	อัตราส่วนสเกล (Ratio scale)
ประสบการณ์ในการดูแล	อัตราส่วนสเกล (Ratio scale)
อายุของคนพิการ	อัตราส่วนสเกล (Ratio scale)
เพศของคนพิการ	นามบัญญัติ (Nominal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
	เพศหญิง (อ้างอิง)
	เพศหญิง (หญิง = 1, ชาย = 0)
คะแนน ADL	อัตราส่วนสเกล (Ratio scale)
ระยะเวลาความพิการ	อัตราส่วนสเกล (Ratio scale)
มีงานทำของผู้ดูแล	นามบัญญัติ (Nominal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	ไม่ได้ทำงาน (อ้างอิง)
	ทำงาน (ทำงาน = 1, ไม่ได้ทำงาน = 0)
คู่สมรสเป็นผู้ดูแล	นามบัญญัติ (Nominal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	ไม่ใช่คู่สมรส (อ้างอิง)
	คู่สมรส (คู่สมรส = 1, อื่น ๆ = 0)
สัมพันธภาพของผู้ดูแล	ช่วงสเกล (Interval scale)
แรงสนับสนุนทางสังคม	ช่วงสเกล (Interval scale)
ความเชื่อเรื่องบาปบุญ	ช่วงสเกล (Interval scale)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	อัตราส่วน (Ratio scale)
อาชีพ	นามบัญญัติ (Nominal scale) (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	นักการเมืองท้องถิ่น(อ้างอิง)
	รับจ้าง (รับจ้าง = 1, อื่น ๆ = 0)
	เกษตรกรรวม/เกษตรกร (เกษตรกรรวม/เกษตรกร = 1, อื่น ๆ = 0)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว = 1, อื่น ๆ = 0)
	งานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ (งานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ = 1, อื่น ๆ = 0)
	พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ (พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ = 1, อื่น ๆ = 0)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ทั้ง 18 ตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป และตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558, น. 302-332) พบว่า

1. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความอิสระต่อกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.754 (เกณฑ์ คือ 1.50 - 2.50)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.346 ^a	.120	.116	16.914	
2	.425 ^b	.180	.174	16.351	
3	.459 ^c	.210	.201	16.079	
4	.482 ^d	.233	.221	15.881	
5	.497 ^e	.247	.233	15.760	
6	.513 ^f	.264	.246	15.620	1.754

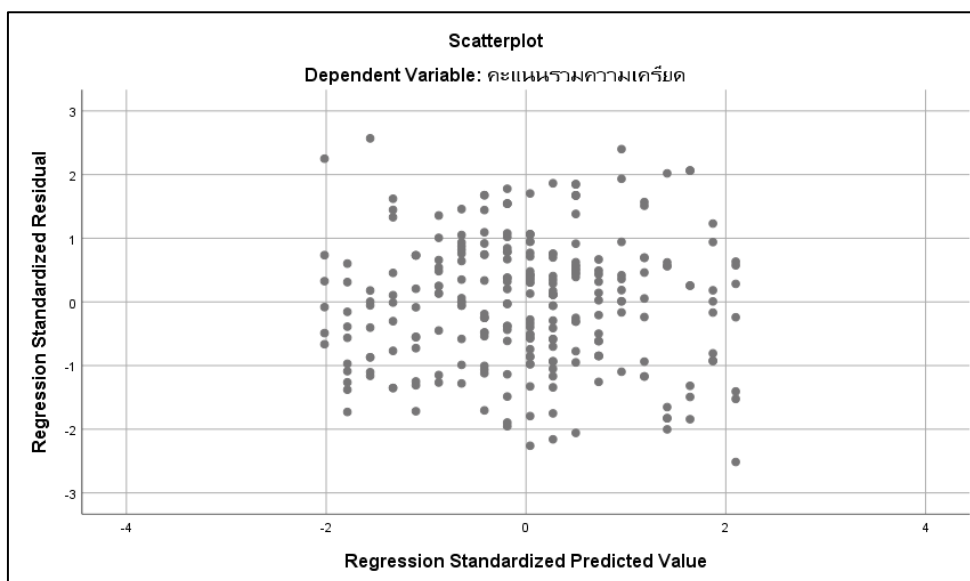
a. Predictors: (Constant), อายุคนพิการ
 b. Predictors: (Constant), อายุคนพิการ, ตะแนรรมความเชื่อมั่น
 c. Predictors: (Constant), อายุคนพิการ, ตะแนรรมความเชื่อมั่น, คู่สมรสเป็นผู้ดูแล
 d. Predictors: (Constant), อายุคนพิการ, ตะแนรรมความเชื่อมั่น, คู่สมรสเป็นผู้ดูแล, ตะแนรรม ADL
 e. Predictors: (Constant), อายุคนพิการ, ตะแนรรมความเชื่อมั่น, คู่สมรสเป็นผู้ดูแล, ตะแนรรม ADL, ทำงาน
 f. Predictors: (Constant), อายุคนพิการ, ตะแนรรมความเชื่อมั่น, คู่สมรสเป็นผู้ดูแล, ตะแนรรม ADL, ทำงาน, ตะแนรรมความเชื่อ
 g. Dependent Variable: ตะแนรรมความเครียด

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	70.90	72.33	71.54	.715	262
Residual	-40.331	45.669	.000	17.977	262
Std. Predicted Value	-.904	1.103	.000	1.000	262
Std. Residual	-2.239	2.536	.000	.998	262

a. Dependent Variable: ตะแนรรมความเครียด

2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals Statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์ คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.998 (เกณฑ์ คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

3. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดย พิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบๆ ค่า 0 และ ค่อนข้างคงที่



		Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	51.287	3.565		14.385	.000	44.266	58.307		
	อายุคนพิการ	.322	.054	.346	5.942	.000	.215	.429	1.000	1.000
2	(Constant)	94.502	10.446		9.047	.000	73.933	115.072		
	อายุคนพิการ	.278	.053	.299	5.216	.000	.173	.383	.965	1.036
	คะแนนรวมความเชื่อมั่น	-1.033	.236	-.251	-4.383	.000	-1.497	-.569	.965	1.036
3	(Constant)	96.827	10.298		9.402	.000	76.547	117.107		
	อายุคนพิการ	.268	.053	.288	5.106	.000	.165	.372	.961	1.040
	คะแนนรวมความเชื่อมั่น	-1.121	.233	-.272	-4.802	.000	-1.580	-.661	.951	1.052
	คุณสมบัติเป็นผู้ดูแล	7.392	2.356	.175	3.138	.002	2.753	12.031	.984	1.016
4	(Constant)	108.649	11.055		9.828	.000	86.879	130.419		
	อายุคนพิการ	.260	.052	.279	4.998	.000	.157	.362	.958	1.044
	คะแนนรวมความเชื่อมั่น	-1.246	.235	-.303	-5.301	.000	-1.709	-.783	.915	1.093
	คุณสมบัติเป็นผู้ดูแล	8.033	2.339	.190	3.435	.001	3.427	12.638	.974	1.026
	คะแนน ADL	-4.865	1.782	-.153	-2.730	.007	-8.374	-1.356	.956	1.046
5	(Constant)	110.733	11.011		10.057	.000	89.050	132.416		
	อายุคนพิการ	.251	.052	.269	4.843	.000	.149	.352	.952	1.051
	คะแนนรวมความเชื่อมั่น	-1.291	.234	-.314	-5.515	.000	-1.753	-.830	.908	1.102
	คุณสมบัติเป็นผู้ดูแล	5.857	2.518	.139	2.326	.021	.899	10.816	.828	1.208
	คะแนน ADL	-5.041	1.770	-.158	-2.848	.005	-8.526	-1.555	.954	1.048
	ทำงาน	6.564	2.946	.133	2.228	.027	.763	12.366	.827	1.209
6	(Constant)	125.133	12.489		10.020	.000	100.539	149.727		
	อายุคนพิการ	.241	.051	.258	4.675	.000	.139	.342	.945	1.058
	คะแนนรวมความเชื่อมั่น	-1.208	.235	-.293	-5.144	.000	-1.670	-.745	.887	1.127
	คุณสมบัติเป็นผู้ดูแล	5.962	2.496	.141	2.389	.018	1.047	10.877	.827	1.208
	คะแนน ADL	-4.586	1.765	-.144	-2.599	.010	-8.061	-1.111	.943	1.061
	ทำงาน	7.089	2.928	.143	2.421	.016	1.322	12.855	.823	1.215
	คะแนนรวมความเชื่อ	-.583	.246	-.131	-2.371	.018	-1.068	-.099	.946	1.057

a. Dependent Variable: คะแนนรวมความเครียด

4. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจากค่า ปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.057 ถึง 1.215 (เกณฑ์ คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.823 ถึง 0.946 (เกณฑ์ คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม.....

แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือ ร่างกายระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

คำอธิบายประกอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยระหว่างบุคคลของคนพิการปัจจัยระดับสังคมและชุมชน ปัจจัยระดับวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย

โปรดตอบแบบสอบถามโดย

1. กรอกรหัสส่วนตัวที่ผู้ตอบโดย ทำเครื่องหมาย / ใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน
2. ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นต่อข้อคำถามแต่ละข้อ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 8 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
- ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ
- ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล

ขอขอบพระคุณ

นายพิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง

นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามข้างล่างนี้ตามความเป็นจริงที่ตรงกับท่าน

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพ 1 โสด 2 คู่
 3 หม้าย 4 หย่า/แยก
4. นับถือศาสนา 1 พุทธ 2 คริสต์
 3 อิสลาม 4 ฮินดู
 5 อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ 2 ประถมศึกษา
 3 มัธยมศึกษา 4 อนุปริญญา
 5ปริญญาตรี 6 สูงกว่าปริญญาตรี
6. การประกอบอาชีพ
 1 ไม่ได้ทำงาน 2 เกษตรกร
 3 รับจ้างทั่วไป 4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 5 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 6 แม่บ้าน
 7 พนักงานเอกชน 8 อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
8. ความสัมพันธ์กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว
 1 บิดา - มารดา 2 คู่สมรส
 3 พี่น้อง 4 บุตร
 5 อื่น ๆ ระบุ.....
9. ระยะเวลาในการดูแลคนพิการต่อวัน.....ชั่วโมง
10. ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ.....ปี (เฉพาะคนพิการรายนี้)
11. เป็นผู้ดูแลที่มีชื่ออยู่ในบัตรคนพิการ 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

12. มีญาติผู้ดูแลรอง () 1 ไม่มี () 2 มีจำนวน.....คน
(ระบุ).....

13. โรคประจำตัว () 1 ไม่มี () 2 มี (ระบุ)

ระบุโรคโรค ประจำตัว () 1 โรคความดันโลหิตสูง () 2 โรคเบาหวาน
() 3 โรคไขมันในเส้นเลือด () 4 โรคหัวใจ
() 5 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

14. บทบาททางสังคม () 1 ไม่มี () 2 มี (ระบุ)

ระบุบทบาททางสังคม () 1 ประธาน/รอง/เลขา/ ชมรมต่างๆ () 2 อสม.
() 3 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน () 4 อปพร.
() 5 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของคณพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามข้างล่างนี้ตามความเป็นจริงที่ตรงกับคณพิการ

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง

2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

3. ระยะเวลาที่พิการทางการเคลื่อนไหว.....ปี.....เดือน

4. สาเหตุความพิการ () 1 พิการแต่กำเนิด (ระบุ)..... () 2 ประสบอุบัติเหตุ (ระบุ).....

() 3 ถูกทำร้ายร่างกาย (ระบุ)..... () 3 จากการเจ็บป่วย (ระบุ).....

() 4 อื่น ๆ (ระบุ).....

5. คะแนนการประเมิน ADL ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่แสดงถึงความมั่นใจในความสามารถในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียงที่บ้าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือคนพิการมาก

มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือคนพิการปานกลาง

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือคนพิการน้อย

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการดูแลช่วยเหลือคนพิการ

ข้อความ	มั่นใจ มาก ที่สุด 4	มั่นใจ มาก 3	มั่นใจ ปาน กลาง 2	มั่นใจ น้อย 1	ไม่ มั่นใจ 0
1. ท่านคิดว่าการดูแลคนพิการเป็นเรื่องทำได้ง่าย					
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลคนพิการได้เป็นอย่างดี					
3. ท่านคิดว่าท่านสามารถประเมินความต้องการของคนพิการได้					
4. ท่านคิดว่าท่านมีกำลังพอที่จะดูแลคนพิการได้เป็นอย่างดี					
5. ท่านคิดว่าท่านมีรายได้เพียงพอสำหรับการดูแลคนพิการ					
6. ท่านคิดว่าบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือท่านในการดูแลคนพิการ					
7. ท่านคิดว่าคนพิการดูแลตนเองเพื่อช่วยลดภาระท่านจากการดูแล					
8. ท่านคิดว่าการดูแลคนพิการให้ดีที่สุดจะทำให้คนพิการกลับมาเป็นปกติ					

ข้อความ	มั่นใจ มาก ที่สุด 4	มั่นใจ มาก 3	มั่นใจ ปาน กลาง 2	มั่นใจ น้อย 1	ไม่ มั่นใจ 0
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ในครอบครัวได้					
10. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมอารมณ์และ จัดการกับความเครียดจากการดูแลคนพิการได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ภาพระหว่างคนพิการกับผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ววงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่า
ท่านได้กระทำการต่อไปนี้กับผู้ป่วย หรือข้อความเหล่านี้ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่
เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด

- ไม่เคยเลย หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวแทบไม่ตรงหรือไม่เลย
- น้อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแล
กับคนพิการนาน ๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง
- บางครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแล
กับคนพิการบางครั้ง
- บ่อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแล
กับคนพิการบ่อยครั้ง
- ตลอดเวลา หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแล
กับคนพิการเป็นประจำหรือตลอดเวลา

ข้อความ	ตลอด เวลา 4	บ่อย ครั้ง 3	บาง ครั้ง 2	น้อย ครั้ง 1	ไม่เคย เลย 0
1. ท่านและคนพิการ มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน					
2. ท่านและคนพิการ รู้จักเพื่อนหรือคนสนิท ของกันและกัน					
3. ท่านและคนพิการ สามารถบอกความ ต้องการของตนเองได้					

ข้อความ	ตลอด เวลา 4	บ่อย ครั้ง 3	บาง ครั้ง 2	น้อย ครั้ง 1	ไม่เคย เลย 0
4. ท่านและคนพิการ สามารถแสดง ความคิดเห็นได้อย่างอิสระ					
5. ท่านและคนพิการ ใส่ใจในความรู้สึก ของกันและกัน					
6. ท่านและคนพิการ ร่วมกันปรับเปลี่ยน กิจวัตรประจำวัน					
7. ท่านและคนพิการ พุดคุยตกลงสิ่งที่ควร หรือไม่ควรทำ					
8. คนพิการ ปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน					
9. ท่านและคนพิการ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
10. ท่านและคนพิการ สามารถหาเวลาอยู่ ด้วยกัน					
11. ท่านและคนพิการ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน					
12. ท่านและคนพิการ มุ่งงานอดิเรกหรือ กิจกรรมพักผ่อนร่วมกัน					
13. ท่านและคนพิการ ให้กำลังใจปลอบใจกัน และกัน					
14. เมื่อต้องตัดสินใจ ท่านและคนพิการ มีความเห็นตรงกัน					
15. เมื่อมีปัญหาท่านเลือกใช้วิธี ประนีประนอม					
16. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านและคนพิการ ร่วมกันแก้ปัญหา					
17. เมื่อคนใดคนหนึ่งมีปัญหา จะช่วยเหลืออีก คนแก้ไข					

ข้อความ	ตลอด เวลา 4	บ่อย ครั้ง 3	บาง ครั้ง 2	น้อย ครั้ง 1	ไม่เคย เลย 0
18. ท่านและคนพิการ ร่วมกันหาวิธีใหม่ ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา					
19. ท่านรู้สึก สบายใจที่จะพูดคุยสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น					
20. ท่านรู้สึก สนับสนุนกับคนพิการ มากกว่าบุคคลอื่น					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ต้องการทราบถึงคุณได้รับมากน้อยเพียงใดและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องจากความช่วยเหลือ ใน 5 ระดับ คือ

- มากที่สุด หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
 ค่อนข้างมาก หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
 ปานกลาง หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
 เล็กน้อย หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
 ไม่ได้เลย หมายถึง ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเลย

แรงสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด 5	ค่อนข้าง มาก 4	ปาน กลาง 3	เล็กน้อย 2	ไม่ได้ เลย 1
1. ความเห็นอกเห็นใจเมื่อเจ็บป่วย					
2. ความห่วงใยทุกข์สุข					
3. กำลังใจจากคนในครอบครัว					
4. บุคคลรอบข้าง					
5. มีที่ปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ					
6. คนในครอบครัว					
7. ข้อมูลข่าวสาร					

แรงสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด 5	ค่อนข้าง มาก 4	ปาน กลาง 3	เล็กน้อย 2	ไม่ได้ เลย 1
8. ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเอง					
9. คำแนะนำเรื่องที่ตนเองอยากรู้					
10. ความช่วยเหลือด้านการเงิน					
11. การแบ่งเบาภาระงาน					
12. การแบ่งเบาภาระดูแลคนพิการ					
13. สิ่งของที่เป็นในการดูแลคนพิการ					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่า ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อความดังกล่าวบ่อยเพียง ไต แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องจากความช่วยเหลือ ใน 5 ระดับคือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่ได้รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแล

นานๆ ครั้ง หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลเล็กน้อย

บางครั้ง หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลบ่อยครั้ง

ประจำ หมายถึง รู้สึกว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นภาระของผู้ดูแลเป็นประจำ

ข้อความ	ประจำ 4	บ่อย ครั้ง 3	บาง ครั้ง 2	นาน ๆ ครั้ง 1	ไม่เลย 0
1. ขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. เครียดทั้งงานของตนเองและ คนพิการ					
3. หงุดหงิดใจ/เครียด ขณะอยู่ใกล้ คนพิการ					
4. คนพิการ ทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อน แย่ลง					

ข้อความ	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
	4	3	2	1	0
5. กังวลใจกับคนพิการจะเป็นอย่างไร					
6. สุขภาพของคุณแยลงจากการดูแล คนพิการ					
7. ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวมากเท่าที่ต้องการ					
8. ไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ จากคนพิการ					
9. คนพิการ คาดหวังในตัวคุณมาก					
10. มีความอดทนที่จะดูแลคนพิการ					
11. ไม่สามารถอดทนดูแล คนพิการ					
12. ไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิต ของตนเอง					
13. อยากที่จะละทิ้งหน้าที่การดูแล คนพิการ					
14. ไม่มีอะไรแน่นอนสำหรับที่ทำให้ คนพิการ					
15. ตัวเองควรจะได้รับดูแลจากญาติ					
16. ประโยชน์มากกว่าการดูแลคนพิการ					
17. ภาพรวมรู้สึกว่าการดูแล คนพิการเป็น ภาระ					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี

4 ตัวเลือกดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อในเรื่องนั้นๆมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อเรื่องนั้นๆมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อในเรื่องนั้นๆน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความเชื่อในเรื่องนั้นๆเลย

ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ระดับใด	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 4	เห็นด้วย 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง 1
1. การดูแลผู้มีพระคุณจะได้ขึ้นสวรรค์				
2. เราจะได้ดีหรือตกต่ำขึ้นอยู่กับสิ่งที่ทำ				
3. หากทำบุญร่วมกับคนที่เรารักจะได้พบกันอีก				
4. การเลี้ยงดูผู้มีพระคุณจะได้รับผลกลับมา				
5. คนที่มีความโกรธเสมอตายไปจะตกนรก				
6. การดูแลคนพิการจะได้รับความเมตตาจากคนอื่น				
7. การตระหนี่ถี่เหนียวตายไปย่อมตกนรก				
8. ทำให้พ่อแม่ เสียใจย่อมเป็นบาปติดตัว				
9. การดูแลคนพิการเป็นเพราะบุญกรรมที่ทำไว้				
10. ความโกรธแค้นกันในชาตินี้และชาติหน้า				

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์การให้การช่วยเหลือดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายระดับติดเตียงที่บ้านในด้านต่าง ๆ ที่อาจทำให้ท่านเกิดความเครียดจากการดูแล ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีสถานการณ์การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นหรือการให้การช่วยเหลือดูแลนั้นไม่ทำให้ท่านเกิดความเครียดเลย

เล็กน้อย หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้น ทำให้ท่านเกิดความเครียดระดับเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้น ทำให้ท่านเกิดความเครียดระดับปานกลาง

มาก หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้นทำให้เกิดความเครียดระดับมาก

มากที่สุด หมายถึง การให้การช่วยเหลือดูแลนั้น ทำให้ท่านเกิดความเครียดระดับมากที่สุด

ความเครียดของผู้ดูแล	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	เล็กน้อย 2	ไม่เลย 1
ด้านร่างกายของคนพิการ					
1. การทำกิจวัตรประจำวัน					
2. การเตรียมอาหารสำหรับคนพิการ					
3. การพลิกตัว					
4. การป้อนอาหารหรือการให้อาหาร					
5. การขับถ่ายปัสสาวะ					
6. การขับถ่ายอุจจาระ					
7. การเคลื่อนไหวย่างกาย					
ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของคนพิการ					
8. ทำทางเฉยเมย ไร้อารมณ์ ไร้ความรู้สึก					
9. นอนไม่ค่อยหลับ หลับยาก					
10. โทษตัวเองที่เป็นภาวะ					
11. ท้อแท้ คิดอยากฆ่าตัวตาย					
12. หงุดหงิดง่าย					

ความเครียดของผู้ดูแล	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	เล็กน้อย 2	ไม่เลย 1
13. ก้าวร้าวทางวาจา เช่น ด่าว่าผู้อื่น					
14. ก้าวร้าวทางการกระทำ					
15. ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา					
ด้านความคิดความจำของคนพิการ					
16. ความสนใจสั้น					
17. สมาธิหรือความตั้งใจลดลง					
18. จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตไม่ได้					
19. ลำดับความสำคัญสิ่งที่จะต้องทำก่อนหรือหลังไม่ได้					
ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
20. การระบายเสมหะ					
21. การทำความสะอาดท่อช่วยหายใจ					
22. การทำความสะอาดแผลรอบท่อช่วยหายใจ					
23. การทำความสะอาดแผลรอบสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง					
24. การทำความสะอาดแผลกดทับ					
25. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ					
26. การป้องกันข้อติดแข็ง					
27. การเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากการชัก เกร็ง กระตุก					
28. การจัดและให้ยาตามแผนการ					
ด้านการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่าย					
29. ค่ารักษาพยาบาล					
30. ค่าอาหารของคนพิการ					
31. การจัดการให้ได้ไปตรวจตามนัด					

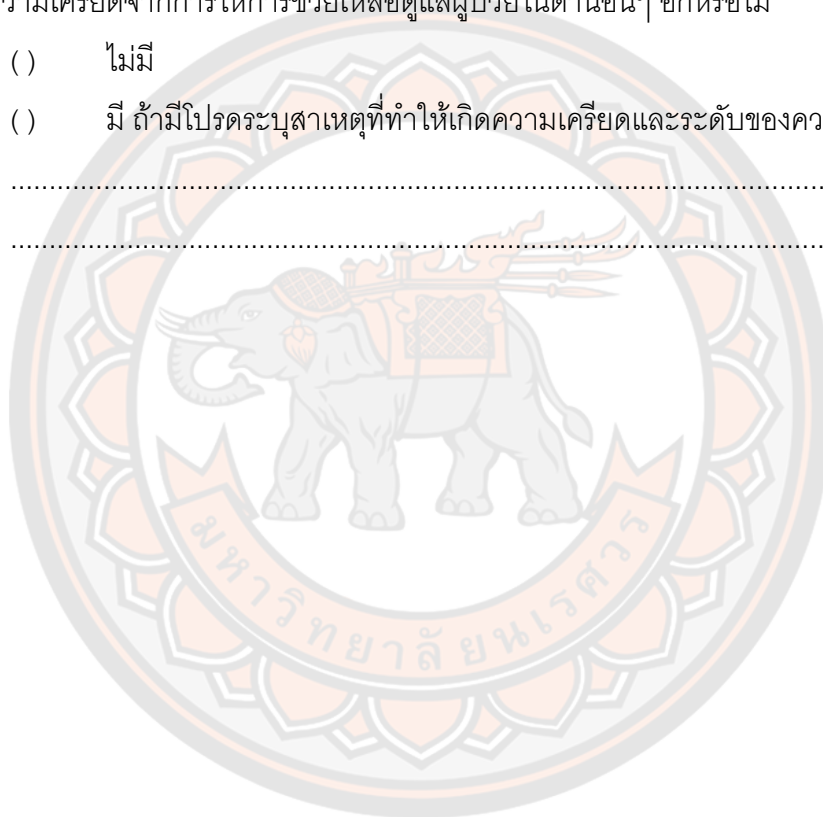
ความเครียดของผู้ดูแล	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	เล็กน้อย 2	ไม่เลย 1
32. ค่าอุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน					
33. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพคนพิการ					

ท่านมีความเครียดจากการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆ อีกหรือไม่

- () ไม่มี
- () มี ถ้ามีโปรดระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและระดับของความเครียด

.....

.....



ภาคผนวก ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/สาขาวิชา
1	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน	อาจารย์ผู้มีความรู้ ความสามารถพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	Doctor of Philosophy, Nursing มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	รองศาสตราจารย์อุมาพร ฉัตรวิโรจน์	อาจารย์ผู้มีความรู้ ความสามารถพิเศษ โปรแกรมวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร	ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ ประชาภิรักษ์
3	นางสาวกาญจนา เหลียมการค้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีศรีมาศ อำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาคผนวก ง เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 647/2018

IRB No. 0867/61



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization In Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับติดเตียง จังหวัดสุโขทัย
Study Title : Factors affecting the Stress of Caregivers of Severe Mobility Disabled People, Sukhothai Province

ผู้วิจัยหลัก : นายพิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
4. AF 04-10 (กลุ่มตัวอย่างในรายวิจัย/กลุ่มศึกษาจริง) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
8. ประวัตินักวิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
9. แบบสัมภาษณ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
10. สบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลัย คำดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 04 ธันวาคม 2561

Date of Approval : December 04, 2018

วันหมดอายุ : 04 ธันวาคม 2562

Approval Expire Date : December 04, 2019

ข้อนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขว่าต้องปฏิบัติตามเงื่อนไข (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นายพิศิษฐ์ ชื่นแจ่ม
วัน เดือน ปี เกิด
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่ทำงานปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ประวัติการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏ
กำแพงเพชร

