

## บทที่ 2

### แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยเริ่มกำหนดให้ผู้ที่มียุตั้งตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคือผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2525 เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนถึง พ.ศ. 2543 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 8.11 เป็น ร้อยละ 9.19 และจากการประมาณประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยของกองทุนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ.2553 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 11.4<sup>1</sup> นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติยังได้คาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยใน พ.ศ.2568 จะมีจำนวนร้อยละ 13.4 ของประชากรทั้งประเทศ<sup>12</sup> และเนื่องจากความสูงอายุเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องหลายด้าน เช่น ด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม การเรียนรู้ สติปัญญา ภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสถานภาพของบุคคลได้ มีนักวิทยาการผู้สูงอายุได้กำหนดลักษณะหลักเกณฑ์ในการพิจารณาผู้สูงอายุได้ 4 ลักษณะคือ<sup>12</sup>

1. พิจารณาจากอายุจริง (Chronological aging) ความสูงอายุโดยพิจารณาจากจำนวนปีหรืออายุจริงที่ปรากฏ โดยไม่นำปัจจัยด้านสุขภาพ สังคมหรือสติปัญญาที่เกี่ยวข้อง
2. พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Biological aging) ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะเสื่อมถอย เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ผมหาว สลายตายาว เป็นต้น
3. พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) ซึ่งอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ เช่น ความจำเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ลดลง ระดับสติปัญญาลดลง เป็นต้น
4. พิจารณาจากบทบาททางสังคม (Social aging) นักสังคมวิทยาพิจารณาความสูงอายุว่าเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางบทบาทของบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับระบบครอบครัวญาติ มิตรรวมไปถึงกระบวนการขัดเกลาทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย<sup>2</sup>

#### 2. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน คือ โรคที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ โดยมีสาเหตุจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือการทำงานของอินซูลินบกพร่อง<sup>13</sup> ซึ่งระดับน้ำตาลที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานดังตารางที่ 2-1 ตารางที่ 2-1 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน<sup>14</sup>

ระดับน้ำตาล	ค่าที่แนะนำ
HA1C	น้อยกว่า ร้อยละ 7.0
Preprandial plasma glucose (ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร/ก่อนอดอาหาร)	90 ถึง 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
Peak postprandial glucose (ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังรับประทานอาหาร)	น้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

## 2.1 อาการโรคเบาหวาน<sup>13</sup>

อาการที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนมีดังต่อไปนี้

1. บิดสวระบ่อยๆ และครั้งละมากๆ
2. กระหายน้ำบ่อยและดื่มน้ำมาก
3. หิวบ่อย
4. กินจุ แต่น้ำหนักลด
5. เป็นแผลเน่าเปื่อย
6. คันตามผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณขาหนีบและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
7. ตาพร่ามัว
8. ซาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามกล้ามเนื้อ

โดยมีรายงานความชุกและอุบัติการณ์พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นในประเทศอินเดีย นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 53 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมากกว่าร้อยละ 85 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ซึ่งความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศอินเดียร้อยละ 11 เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 65 ถึง 69 ปี<sup>15</sup>

Gupta V<sup>15</sup> ได้กล่าวถึงสาเหตุปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุได้แก่

1. Cerebral Aging : เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นทำให้สภาวะการทำงานของสมองและการรับรู้เสื่อมลง ส่งผลต่อบัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมน้ำตาล เช่น อาหาร การรับประทานยา และการรักษานามัยส่วนบุคคล
2. Atherosclerotic Change : ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีความดันโลหิตสูงชนิด isolated systolic hypertension ได้เนื่องจากการเกิดภาวะ atherosclerosis ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการทำงานของไตล้มเหลว การสูญเสียการมองเห็น และการเกิดโรคที่หลอดเลือดหัวใจ เพิ่มมากขึ้น
3. Compromised Cardio Respiratory Reserve : เนื่องจากกระบวนการสร้างทดแทนในผู้ป่วยสูงอายุลดลงอันเนื่องมาจากการกระบวนการชราภาพ (aging process) ส่งผลต่อความทนทานของการทำงานของร่างกายลดลง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสอาจเกิดโรคหัวใจ และติดเชื้อที่บริเวณทางเดินหายใจส่วนล่างได้
4. Blunting of Hormone Profile : ผู้ป่วยสูงอายุมีการทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการตื่นตัวเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะกระตุ้นทำงานได้ช้าลงได้แก่ catecholamines และ glucocorticoids ส่งผลต่อการรักษาภาวะสมดุลของร่างกายลดลง มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล และนอกจากนี้อาจมีผลทำให้เกิดการทำลายอวัยวะต่างๆ ของร่างกายแบบถาวรด้วย
5. Poor Hepatic Glycogen reserve : หากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี หรือเบื่ออาหาร จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ glycogen ไปเป็นพลังงาน ซึ่งอาจไม่เพียงพอกับความต้องการใช้พลังงานของร่างกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีปัญหาการหลั่ง adrenaline และ glucocorticoids ซึ่งมีผลต่อกระบวนการ gluconeogenesis และการสลายกรดไขมันไม่อิ่มตัวมาเป็นพลังงาน โดยการให้พลังงาน

จากกรดไขมันดังกล่าวอาจทำให้อวัยวะของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุถูกทำลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวใจและสมอง

6. Cataract : อายุที่เพิ่มมากขึ้นและการป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้ง 2 สิ่งล้วนมีผลต่อการเกิดโรคที่ตา (retinopathy) ซึ่งมักจะตรวจไม่พบในช่วงระยะแรก หรือโรคดำเนินมาถึงในระยะเวลาที่การผ่าตัดไม่ได้ช่วยให้โรคที่ตาดีขึ้น

7. Neuropathy : ผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาในเรื่องของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเกิดความดันต่ำเมื่อมีการเปลี่ยนท่า ซึ่งทำให้ลำบากในการเคลื่อนไหว โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท (neuropathy) หรือการมองเห็นภาพไม่ชัดเจนอาจทำให้ผู้ป่วยมีแผลที่เท้าได้ นอกจากนี้การเกิด neuropathy และการเกิดไขมันอุดตันที่เส้นเลือดส่วนปลายอาจส่งผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุได้

8. Cerebro Vascular Disease : การเกิดโรคเบาหวานและการเพิ่มขึ้นของอายุ มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดที่สมอง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะ paralytic stroke ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันเช่น อาจเกิดอาการ บ้านหมุน วิงเวียน ตาลายเป็นต้น

9. NKHS (non-ketotic hyperosmolar syndrome) and Hyponatremia ในผู้ป่วยสูงอายุ มักจะพบภาวะ dehydration ติดเชื้อ ผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมดุลของอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายโดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของเกิดภาวะ hyponatremia และ NKHS

## 2.2 ภาวะฉุกเฉินในโรคเบาหวาน<sup>13</sup>

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักพบภาวะฉุกเฉินได้ดังนี้

2.2.1 ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป เกิดเนื่องจากการรับประทานยา ฉีดยาเบาหวานเกินขนาด หรือได้รับยาเบาหวานแล้วไม่ได้รับประทานอาหาร ยาจึงไปลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไป ทำให้มีอาการหิว ใจสั่น หน้ามืด หรืออาจจะเป็นลมหมดสติ

2.2.1 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป เกิดจากการขาดยาหรือได้รับยาเบาหวานน้อยเกินไป เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้น จะทำให้ขบวนการบางอย่างในร่างกายผิดปกติ เกิดภาวะเป็นกรดในเลือดสูง จะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย ผิวแห้ง ปากแห้ง มีไข้หอมมาก ชีพ หมดสติ

## 2.3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน<sup>13</sup>

หากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดทุพพลภาพหรืออันตรายแก่ชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบบ่อยได้แก่

1. ทางตา มีอาการตามัว เป็นต้อกระจกหรือตาบอดได้
2. ทางระบบหัวใจและหลอดเลือด มีเส้นเลือดหัวใจตีบตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ และความดันโลหิตสูง

3. ทางระบบประสาท เกิดอาการของอัมพาต มีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า โดยเฉพาะที่เท้าทั้งสองข้างเมื่อเกิดแผลจะทำให้ไม่รู้สึเจ็บ และหากไม่ทำการรักษาแผล จะทำให้แผลเกิดการลุกลามมีโอกาสติดเชื้อ จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดนิ้วเท้าและขา

4. ระบบขับถ่าย มีระบบการทำงานของไตบกพร่อง เนื่องจากเกิดการตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ร่างกายไม่สามารถขับของเสียได้ จนเกิดการสะสมของของเสียในร่างกาย

#### 2.4 การรักษาโรคเบาหวาน<sup>13</sup>

โรคเบาหวานในปัจจุบันยังไม่มียาที่จะทำการรักษาให้โรคเบาหวานหายขาดได้ มีแต่ยาที่ใช้ลดระดับน้ำตาลเบาหวานเพื่อควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสของการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง สำหรับการรักษาโรคเบาหวานสามารถทำได้โดย

1. การควบคุมอาหาร
2. การรักษาด้วยการใช้ยา ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานมีอยู่ 2 รูปแบบได้แก่ ยารับประทาน และยาฉีด
3. การออกกำลังกาย

### 3. ผู้สูงอายุกับการใช้ยา

เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพไปตามธรรมชาติ มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานทางสรีรวิทยาและจิตใจ ภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายลดลงมีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นสูง ซึ่งผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรคพร้อมกันจึงมักได้รับยาพร้อมกันหลายชนิด โดยอาจเกิดอันตรายจากการใช้ยา เนื่องจากการตอบสนองต่อยาจะมีความแตกต่างกับคนวัยหนุ่มสาว<sup>16</sup> ซึ่งมีการศึกษาปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ของศรีสุมล ศรีแสงเงิน พบว่า ปัญหาจากการใช้ยา เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 24.64 และในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาจากการใช้ยาเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 47.053 ดังนั้นการใช้ยาในผู้สูงอายุจึงต้องมีความเข้าใจถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ สำหรับสิ่งที่ควรให้ความสนใจเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุได้แก่

#### 3.1 ความร่วมมือในการใช้ยา

เนื่องจากการรักษาจะส่งผลไปในทางที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยมักยอมเต็มใจใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ยกเว้นเมื่อมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้น เช่น การขาดความเข้าใจต่อการใช้ยา<sup>16</sup> ซึ่งผลการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์ พบว่าสาเหตุของการเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ที่บ้าน ที่พบมาก คือ ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ยา จนส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์แนะนำจำนวนถึง 109 ปัญหา<sup>10</sup> และการศึกษาของ ศรีสุมล ศรีแสงเงิน พบว่าจากจำนวนปัญหาจากการใช้ยา จำนวน 40 ปัญหา ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง ร้อยละ 52.50<sup>3</sup> นอกจากนี้บางครั้งผู้ป่วยสูงอายุอาจมีปัญหาทางด้านสภาพร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการใช้ยาของผู้สูงอายุได้ สุนันทา โอศิริ ได้อ้างอิงการศึกษาของ Brown และคณะที่ทำการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมักจะได้รับยาร่วมกันหลายชนิดเฉลี่ย 5-6 ชนิด สูงสุดถึง 20 รายการ<sup>2</sup> ดังนั้นควรมีการจัดจำนวนยาที่ใช้แต่ละวันให้เหมาะสม เลือกลักษณะยาเตรียมที่ผู้ป่วยยอมรับและเหมาะสมกับผู้ป่วย<sup>16</sup>

### 3.2 ความเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองต่อฤทธิ์ยา

เมื่ออายุมากขึ้นส่งผลให้การทำงานของร่างกายเสื่อมลงเช่น ร่างกายมีเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้น เนื้อไขมันลดลง และปริมาณน้ำในร่างกายลดลง หัวใจและหลอดเลือดตอบสนองต่อสารสื่อประสาทน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของยาบางตัวที่ดับลดลง ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้น้อยลง ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นโรคต่างๆ ตามมา และด้วยการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัยทำให้การตอบสนองต่อฤทธิ์ของยาบางอย่างแตกต่างจากคนหนุ่มสาว ทำให้การเปลี่ยนแปลงด้านเภสัชจลนศาสตร์หรือพลศาสตร์ของยาเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย<sup>16</sup>

3.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านเภสัชจลนศาสตร์ ได้แก่ การดูดซึมยา การกระจายตัว การเปลี่ยนแปลงสภาพยา การขับยาออกจากร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลต่อระดับยาในเลือด

3.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านเภสัชพลศาสตร์ มียาหลายชนิดเมื่อให้ในผู้สูงอายุมีฤทธิ์สูงขึ้นหรือต่างออกไปจากคนหนุ่มสาว โดยไม่สามารถอธิบายได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นที่อวัยวะหรือเนื้อเยื่ออันเป็นตำแหน่งที่ยาแสดงฤทธิ์ มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนหรือ affinity ของตัวรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงของระบบเอนไซม์หรือโครงสร้างของอวัยวะ<sup>16</sup>

### 3.3 อันตรายจากการใช้ยา

มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่สำคัญได้แก่ การตอบสนองต่อยา ซึ่งเปลี่ยนแปลงตามเภสัชจลนศาสตร์และพลศาสตร์ การเป็นโรคหลายโรคและการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันซึ่ง นอกจากเกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากยาแล้วยังอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) ได้ด้วย<sup>16</sup> และมีรายงานผลการศึกษาที่สนับสนุนการเกิดอันตรายจากการใช้ยาในผู้สูงอายุของจุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยาที่บ้าน มีปัญหาจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีจำนวน 10 ปัญหา<sup>10</sup> นอกจากนี้ สุนันทา ไชศิริ ได้อ้างอิงถึงผลการศึกษาของ Caranos และคณะ พบว่าปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีตั้งแต่ร้อยละ 24-67 ซึ่งสุนันทา ไชศิริได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโดยจัดกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากยาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องติดตามการใช้ยา<sup>2</sup>

## 4. ผู้สูงอายุกับผู้ดูแล

ด้วยข้อจำกัดของระบบการทำงานของผู้สูงอายุที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีการประมาณจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยในสหราชอาณาจักรอังกฤษพบว่ามีจำนวนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงถึง 5.7 ล้านคน โดยคิดเฉลี่ยแล้วทุกๆ 6 หลังคาเรือนจะมี 1 หลังคาเรือนที่มีผู้ดูแล<sup>4</sup> ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยในประเทศไทยที่ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า ร้อยละ 74.8 ของผู้ป่วยมีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ<sup>5</sup>

### 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล

พบว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งสามารถพบได้ทุกวัย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะที่หลากหลายเช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตรหลาน ลูกสะใภ้ หรือเพื่อน<sup>1</sup> ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เช่น ปิยะรัตน์ นิมพิทภักษ์พงศ์ พบว่า จากจำนวนผู้ดูแล 80 คน ร้อยละ 50 เป็นคู่สมรส รองมาคือบุตรหลานหรือลูกเขยลูกสะใภ้ ร้อยละ 32.5<sup>5</sup> ซึ่งแตกต่างจากการ

ศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย และคณะ ที่พบว่าผู้ดูแลจำนวน 122 คน ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานร้อยละ 50.0 ความสัมพันธ์รอมมาคือคู่สมสร้อยละ 26.22 เป็นลูกสะใภ้ร้อยละ 23.77<sup>๑</sup> นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรกรให้ยารของผู้ป่วยสูงอายุของ พิลาศินี ลีวิวัฒน์และคณะที่ สอดคล้องกับการศึกษาของสมยศ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 64.4 จะมีความสัมพันธ์เป็นหลานของผู้ป่วย<sup>17</sup>

และยังมีอีกหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เช่นการศึกษาของ พิลาศินี ลีวิวัฒน์และคณะ พบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 79.3<sup>17</sup> การศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย พบผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 79.5 และการศึกษาของปิยะรัตน์ นิมพิทักษณ์พงศ์ พบผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.25 ซึ่งจากผลการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลเพศหญิงและเพศชายมีรูปแบบการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน<sup>๑</sup>

#### 4.2 การช่วยเหลือผู้ป่วยของผู้ดูแล

สำหรับบทบาทของผู้ดูแล นิมนวล ศรีจาดได้แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ<sup>1๘</sup>

1. บทบาทในการให้การดูแลช่วยเหลือ หมายถึง การดูแลและให้ความช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันตามความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นได้อย่างสมบูรณ์ สะดวก และปลอดภัย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การนอนหลับ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมต่างๆ

2. บทบาทในการสนับสนุนและประคับประคอง หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวก ต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆไม่ได้ หรือไม่ได้ดี ให้คำชมเชยและยินดี เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้

3. บทบาทในการเป็นผู้ประสานงาน หมายถึง ผู้ดูแลควรมีการประสานงานกับบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อเอื้อให้เกิดประโยชน์ ความปลอดภัยและความสุขของผู้ป่วย

มีรายงานการศึกษาที่ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือของผู้ดูแลเช่น การศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย พบว่าผู้ดูแลมีส่วนช่วยจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัด และจัดเตรียมเอกสารให้ผู้ป่วยเช่น ใบนัด การมีส่วนช่วยในเรื่องการกรรกรรับประทาน<sup>๑</sup> ซึ่งจากการศึกษาปิยะรัตน์ นิมพิทักษณ์พงศ์ พบว่าผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือด้านยาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ในด้านกายภาพและด้านอารมณ์ นอกจากนี้การศึกษายังพบถึงความแตกต่างของเพศที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการช่วยเหลือคือ เพศชายให้การช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร แต่ในขณะที่เพศหญิงให้ความช่วยเหลือด้านกายภาพ<sup>๑</sup>

#### 4.3 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุ

จากรายงานการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลทำให้ภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อปี เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวันและทัศนคติ ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของการศึกษาของสมยศ ศรีจาดและคณะ ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากตัวผู้ป่วยและเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะให้การดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการมาตรวจตามนัดได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี<sup>๑</sup> จึงนับได้ว่าการช่วยเหลือของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคในทางบวก

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ของสมบัติ ไชยวัฒน์และคณะ ที่พบว่าการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )<sup>9</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฬาลักษณ์ จงวิริยาลักษณ์ พบว่าผู้ป่วยที่ไข้ยาเองมีปัญหาในการใช้ยาถึง 22 ราย (ร้อยละ 81.5) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยาโดยพบจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 66.7) โดยพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ )<sup>10</sup> และยังมีงานวิจัยของปิยะรัตน์ ที่พบความแตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมีการล้มหายาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ )<sup>6</sup> นอกจากนี้ Gupta D และคณะได้แนะนำให้เภสัชกรควรตระหนักถึงความสำคัญของความต้องการข้อมูลและการแนะนำด้านยาจากเภสัชกรของผู้ดูแลด้วย เนื่องจากการช่วยเหลือของผู้ดูแลด้านยาในผู้ป่วยสูงอายุเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ<sup>11</sup>

## 5. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยมีแนวคิดสำคัญว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลหนึ่งต่อคนอื่นๆ ในสังคมมีผลต่อสุขภาพทางกายและทางจิตของบุคคลนั้นๆ เพราะฉะนั้นการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ดังกล่าวในแง่ต่างๆ ที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการหาความช่วยเหลือ รวมทั้งพฤติกรรมการรักษาตัว ซึ่งในที่สุดจะส่งผลต่อสภาวะทางสุขภาพ แนวคิดนี้จึงมีความสำคัญต่อการออกแบบกระบวนการดูแลสุขภาพหรือกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอย่างมาก สำหรับ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้รับการให้นิยามว่า เป็นส่วนที่เป็นการกระทำของคนที่แสดงออกถึงการเกื้อหนุนกัน (functional content) เมื่ออยู่ในความสัมพันธ์นั้นๆ ซึ่งเป็นส่วนของความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม สามารถมองเห็นและวัดได้ ซึ่ง House ได้แบ่ง Social support ออกได้เป็น 4 ด้านคือ<sup>7</sup>

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้การยอมรับนับถือความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่ การเห็นพ้องการรับรอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การช่วยเหลือด้านกายภาพ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยจัดหาเงินทุน เครื่องมือและบริการที่จำเป็น

อย่างไรก็ตามการศึกษาโดยแบ่งเป็นประเภทของความช่วยเหลือมีข้อเสียคือบางครั้งแต่ละประเภทไม่ได้แบ่งกันชัดเจน และไม่ได้มีนิยามที่เป็นมาตรฐาน แต่ละประเภทที่กล่าวไว้ข้างต้นจึงสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสภาวะหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำการศึกษา ดังนั้นการเปรียบเทียบผลกระทบต่อสุขภาพในแง่มุมมองต่างๆ จึงเป็นไปได้ด้วยความลำบาก นอกจากนี้ Social support ยังถูกจัดเป็นความสัมพันธ์ทางบวก มีผู้ให้ความคิดว่ามีประโยชน์ต่อผู้รับเท่านั้น แต่โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญในมุมมองของผู้รับว่าจะ

เป็นอย่างไร เพราะฉะนั้นเวลานำทฤษฎีไปพิจารณาอาจต้องให้ความสำคัญกับมุมมองของผู้ได้รับการเกื้อหนุนด้วย จะเห็นได้ว่าแนวคิดของ Social support ยังมีช่องโหว่ในการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของคนในสังคมอยู่มาก ดังนั้นในปัจจุบันทางสุขภาพเริ่มหันมาทำความเข้าใจให้กว้างขึ้น โดยเฉพาะส่วนลักษณะทางเชิงคุณภาพและปริมาณของเครือข่ายความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นที่มาของแบบจำลอง Social networks การนำทฤษฎีนี้ไปใช้ทางเภสัชกรรมปฏิบัติมีมากมายตั้งแต่การดูแลรักษาสุขภาพ การเลือกรักษาตัวเองหรือไปพบบุคลากรทางการแพทย์ การฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการใช้ยาและการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งหากนำแนวคิด Social support มาแบ่งลักษณะของการช่วยเหลือด้านยา สามารถแบ่งได้เป็นข้อย่อยดังนี้

1. การเตือนให้ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ
2. การเตรียมยาแต่ละมื้อให้ หรือ การเตรียมกล่องใส่ยาที่แบ่งเป็นมือชัดเจน
3. การช่วยอ่านฉลากยา
4. การช่วยในการตัดสินใจเรื่องการใช้ยา
5. การช่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยา
6. การช่วยให้กำลังใจ
7. การช่วยรับฟังเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับยา
8. การช่วยรับภาระค่าใช้จ่ายเรื่องยา
9. อื่นๆ

มีการศึกษาของ ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์ ได้นำทฤษฎี Social support มาเป็นใช้ในการศึกษาการช่วยเหลือด้านยาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งผลของการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือด้านยาของผู้ดูแลผู้ป่วย มี 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านกายภาพ การช่วยด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านกายภาพและด้านอารมณ์ ลักษณะประชากรของผู้ป่วยไม่มีความเกี่ยวข้องกับชนิดของการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลเพศชายจะให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร แต่ผู้ดูแลเพศหญิงให้ความช่วยเหลือด้านกายภาพ<sup>6</sup>

## 6. การวิจัยเชิงคุณภาพ

การจัดประเภทงานวิจัยเมื่อพิจารณาจากลักษณะของข้อมูล แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพ

### 6.1 ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองของความต้องการของนักวิจัยที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์สังคมโดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์สังคมที่ต่างจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ การวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ปฏิเสธข้อมูลเชิงประจักษ์และวิธีการเชิงปริมาณที่นักปฏิบัตินิยมให้ความสำคัญ แต่เชื่อว่ามีวิธีอื่นนอกเหนือไปจากนั้นที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญยิ่ง คือการเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์สังคมสำหรับความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแสวงหาความรู้โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิดความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจาก



ข้อมูลเชิงปริมาณ มักใช้เวลาในการศึกษาติดตามระยะยาว ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย<sup>20</sup>

ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ พอสรุปได้ 5 ประการ ดังนี้<sup>21</sup>

1. เป็นวิธีค้นหาความจริงโดยไม่ตั้งเอาเหตุการณ์หนึ่งๆ ออกจากสภาพแวดล้อมแต่พยายามวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมหรือระบบของสังคมทั้งหมด เพื่อให้เกิดความเข้าใจจากการเห็นภาพรวมหลายมิติ

2. ในการหาความจริงนั้นผู้วิจัยเป็นเสมือนเครื่องมือการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก และ/หรือการสังเกตโดยเข้าไปมีส่วนร่วมและ/หรือวิธีการอื่น แล้วทำการจดบันทึกทุกสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานาน ระหว่างที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมักจะเลือกเหตุการณ์ที่เป็นกุญแจสำคัญขึ้นมาวิเคราะห์และตีความหมาย

3. การวิจัยชนิดนี้จะให้ความสำคัญกับข้อมูลประเภทความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวัง ชีวิตประวัติ โลกทัศน์ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแต่ละบุคคลเป็นอย่างมาก

4. การวิจัยชนิดนี้จะศึกษากับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยศึกษาอย่างละเอียด

5. ผู้วิจัยนอกจากจะเป็นเครื่องมือการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยยังเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญโดยการวิเคราะห์อาจเกิดขึ้นขณะที่กำลังเก็บรวบรวมข้อมูลในสนาม นักวิจัยจะใช้หลักตรรกวิทยาในการวิเคราะห์เป็นสำคัญ

## 6.2 วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

กระบวนการต่างๆ ในการวิจัยเชิงคุณภาพ มิได้แตกต่างไปจากในการวิจัยทั่วไป เพียงแต่ให้ความสำคัญกับวิธีการบางอย่างในบางขั้นตอนแตกต่างจากการวิจัยชนิดอื่น ขั้นตอนเหล่านั้นได้แก่<sup>22</sup>

1. การตั้งสมมติฐาน นักวิจัยเชิงคุณภาพมักไม่นิยมตั้งสมมติฐาน จะมีแต่ปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการศึกษาและแนวคิดเชิงทฤษฎีกว้างๆ เท่านั้น

2. กลุ่มตัวอย่าง จะเลือกกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เช่น ชุมชน 1 ชุมชน เกณฑ์ในการเลือกคือชุมชนนั้นต้องไม่ใหญ่และซับซ้อนจนผู้วิจัยมองไม่เห็นโครงสร้าง เพราะการวิจัยชนิดนี้จะต้องมีการออกปฏิบัติงานภาคสนามโดยนักวิจัยเอง และนักวิจัยจะต้องแสวงหาข้อมูลจากแหล่งที่มาหลายแหล่ง ได้มีนักวิจัยทางสังคมวิทยา พยายามจะกำหนดเป็นปริมาณว่านักวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน ควรทำวิจัยประชากรจำนวนไม่เกิน 300 คนประชากรขนาดนี้ก็อาจจะยังใหญ่ไปด้วยซ้ำ

3. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยที่สำคัญที่สุดก็คือตัวผู้วิจัยเอง เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการใช้คนสัมผัสกับคนโดยตรง นอกจากตัวผู้วิจัยแล้วยังอาจใช้เครื่องมืออื่นๆ ได้ทุกชนิด จนถึงว่าการวิจัยเชิงคุณภาพเป็น multi-instrument approach เครื่องมืออันหนึ่งที่มีประโยชน์มากสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ บันทึกภาคสนามของนักวิจัย บันทึกนี้จะบรรยายละเอียด ต่างๆที่นักวิจัยได้รับรู้ระหว่างการสังเกตหรือสัมภาษณ์ได้แก่ กิจกรรมที่สังเกต พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปฏิกริยา เวลา บุคคล สภาพแวดล้อมให้ผู้อ่านเห็นภาพเหมือนกับที่ผู้วิจัยเห็น

4. วิธีรวบรวมข้อมูล วิธีรวบรวมข้อมูลที่ใช้มากที่สุด คือการสังเกตและการสัมภาษณ์ แต่วิธีรวบรวมทั้งหมดได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ (ชนิดมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม) การสัมภาษณ์ (ชนิดมี

แบบแผน ไม่มีแบบแผน สัมภาษณ์อย่างลึก และสัมภาษณ์ผู้ให้ข่าวสำคัญ) การตะล่อมกล่อมเกลา (probe) การเก็บรวบรวมประวัติชีวิต การใช้แบบสอบถามและแบบสำรวจ การให้คะแนนและจัดลำดับ การใช้เครื่องมือวัดที่ไม่เปิดเผย (unobtrusive measure) การใช้อุปกรณ์ภาคสนามเช่น เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป กล้องถ่ายภาพยนต์ เทปบันทึกภาพ

ซึ่งในที่นี้ขอกล่าวถึงรายละเอียดของการสัมภาษณ์เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น การสัมภาษณ์เป็นวิธีการศึกษาค้นคว้าที่ใช้กันโดยทั่วไปในแขนงวิชาทางสังคมศาสตร์เป็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ถามและผู้ตอบภายใต้กฎเกณฑ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล เป็นการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมายเป็นหลัก ฉะนั้นจึงใช้ได้ทั่วไปโดยไม่จำกัดว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีระดับการศึกษาสูงต่ำเพียงใด ลักษณะสำคัญของการสัมภาษณ์ คือความยืดหยุ่น ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสอธิบายขยายความหรือซักถามคำถามเพิ่มเติมติดต่อกันเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจจุดประสงค์ของผู้สัมภาษณ์ ทั้งยังสามารถเปลี่ยนสถานการณ์หรือหาทางวกกลับเมื่อผู้พูดตอบ ตอบไม่ตรงคำถาม ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ในขณะที่สัมภาษณ์สามารถสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ตอบได้ ผู้สัมภาษณ์สังเกตสีหน้าท่าทาง ความรู้สึกปฏิกิริยาที่ซ่อนเร้นไว้ในใจที่แสดงออกมาในขณะที่พูดและไม่พูด โดยประเภทของการสัมภาษณ์มีหลายประเภท โดยเฉพาะในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ได้มีผู้คิดและพัฒนาขึ้นหลายแบบ ซึ่งอาจจะใช้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม และใช้เวลามากหรือน้อยแตกต่างกันไปตามลักษณะและประเภทของการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยอาจแบ่งออกได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้<sup>23</sup>

4.1. การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือแบบเป็นทางการ (Structure interview or formal interview)

การสัมภาษณ์แบบนี้มีลักษณะคล้ายกับการใช้แบบสอบถามและเป็นวิธีที่ใช้ได้ค่อนข้างง่ายสำหรับนักสัมภาษณ์ เพราะคำถามต่างๆ ได้ถูกกำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์ขึ้นใช้ประกอบกับการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าแล้ว ลักษณะของการสัมภาษณ์จึงเป็นการสัมภาษณ์ที่มีคำถามและข้อกำหนดแน่นอนตายตัว จะสัมภาษณ์ผู้ใดก็ใช้คำถามแบบเดียวกัน มีลำดับขั้นตอนเรียงเหมือนกัน สำหรับการตั้งคำถามแบบนี้เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการตั้งคำถามในแบบสอบถาม คือมีทั้งคำถามที่ต้องการคำตอบเฉพาะเจาะจง และคำถามที่ให้ตอบได้ตามความต้องการ การสัมภาษณ์แบบนี้มักจะกระทำในเงื่อนไขต่อไปนี้

4.1.1 ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างบุคคลเป็นจำนวนมาก ฉะนั้นการสัมภาษณ์จะต้องใช้คำถามที่เหมือนกัน เพื่อให้แน่ใจได้ว่าความแตกต่างของข้อมูลที่ได้รับ ไม่ใช่ผลสืบเนื่องมาจากการตั้งคำถามที่แตกต่างกัน

4.1.2 ผู้วิจัยมักมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามหลักการเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่จะเหมาะสมกับความต้องการ

4.1.3 ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัฒนธรรมของชุมชนที่ตนศึกษาพอสมควร เพื่อที่จะได้ตั้งคำถามที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และสามารถตีความหมายของข้อมูลได้

4.1.4 เรื่องที่ศึกษาจะเป็นเรื่องเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มิใช่ต้องการที่จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมทั้งหมด

4.1.5 ผู้ที่เป็นผู้สัมภาษณ์มักจะมีใช่ตัวผู้วิเคราะห์ข้อมูลเอง

4.1.6 ผู้สัมภาษณ์มักจะใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์และบันทึกผล

#### 4.1.7 ผู้สัมภาษณ์มักจะไม่ได้อยู่ร่วมและสังเกตการณ์ในชุมชนเป็นเวลายาวนาน

การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการนี้จะได้ผลเต็มที่ก็ต่อเมื่อผู้สัมภาษณ์เตรียมการล่วงหน้าไว้อย่างดี เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยปกตินักวิจัยเชิงคุณภาพมักไม่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ชนิดนี้เป็นหลัก เพราะไม่ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเพียงพอ โดยเฉพาะในแง่ของวัฒนธรรม ความหมายและความรู้สึกนึกคิด

#### 4.2. การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview)

การสัมภาษณ์แบบนี้เป็นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพและในทางมานุษยวิทยา และเป็นแบบที่มักจะควบคู่ไปกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม มักจะใช้กับการวิจัยทางชาติพันธุ์ ซึ่งต้องการข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งเกี่ยวกับวัฒนธรรมของกลุ่มชน และข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ยังไม่มีผู้รวบรวมก่อน ข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์แบบนี้จะถูกนำมาศึกษาวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรม ในการสัมภาษณ์แบบนี้ตัวผู้วิจัยหรือผู้วิเคราะห์ข้อมูลมักจะเป็นผู้สัมภาษณ์เอง จึงรู้ว่าการสัมภาษณ์แบบใด เพื่อวัตถุประสงค์ใด ฉะนั้น จึงตั้งคำถามในขณะที่สัมภาษณ์ได้ โดยอาจจะเตรียมแนวคำถามกว้าง ๆ มาล่วงหน้า การสัมภาษณ์แบบนี้อาจแบ่งออกได้เป็น 4 แบบย่อยๆ ดังนี้

4.2.1 การสัมภาษณ์โดยเปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ การสัมภาษณ์แบบนี้มีความยืดหยุ่นมาก เพราะมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระที่จะอธิบายแนวความคิดของตนเองไปเรื่อยๆ ในบางครั้งผู้สัมภาษณ์เพียงแต่กล่าวนำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบแนวความต้องการ แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าเรื่องโดยอิสระ ทำให้ผู้สัมภาษณ์มองเห็นสภาพและความยุ่งยากของปัญหาได้ ฉะนั้นการสัมภาษณ์แบบนี้จึงเหมาะสมที่จะใช้กับเรื่องที่ยังไม่มีแนวคิดเฉพาะเจาะจงสำหรับข้อมูลที่ได้รับ หากแต่มีแนวความคิดทางด้านทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ ชัดเจนคืออยู่แล้ว การสัมภาษณ์ในลักษณะนี้มีข้อควรคำนึงอยู่ว่า ข้อเท็จจริงที่ได้มาอาจจะไม่มีความหมายหรือความน่าเชื่อถือเท่าไรนัก หากผู้วิจัยไม่รู้จักตีความโดยอาศัยทฤษฎีต่างๆ ด้วยเหตุนี้สิ่งที่นักวิจัยจะต้องพัฒนาขึ้นมาอีกอันหนึ่งคือ การตีความหมายของข้อเท็จจริงซึ่งขึ้นอยู่กับแนวทางการวิจัย

4.2.2 การสัมภาษณ์แบบมีจุดสนใจเฉพาะ (Focus interview) หรือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) การสัมภาษณ์แบบนี้หมายถึงการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์มีจุดสนใจอยู่แล้วจึงพยายามหันความสนใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เข้าสู่จุดที่สนใจ ทั้งนี้เพราะในบางครั้งผู้สัมภาษณ์อาจจะไม่ต้องการทราบเหตุผลหรือข้อเท็จจริงในเรื่องหนึ่งเรื่องใดทุกขั้นตอน เพราะอยู่นอกเหนือขอบเขตของการวิจัยในขณะนั้น จึงเลือกสัมภาษณ์เอาแต่จุดที่ต้องการ ฉะนั้นลักษณะที่สำคัญของการสัมภาษณ์แบบนี้จึงอยู่ที่ว่าผู้วิจัยจะต้องรู้อยู่ก่อนแล้วว่าต้องการข้อมูลอะไร ชนิดใดเมื่อเห็นว่าผู้ถูกสัมภาษณ์พูดนอกเรื่องหรือนอกเหนือจากจุดที่สนใจ ก็พยายามโยนเข้าหาประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตามการทำเช่นนี้อยู่กับประสบการณ์และความชำนาญของผู้สัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่เพราะจะต้องรวดเร็วหรือตัดบท โดยไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกไม่สบายใจและไม่อยากให้ความร่วมมือ

4.2.3 การตะล่อมกล่อมเกลา (Probe) หมายถึงการซักถามที่ล้วงเอาส่วนลึกของความคิดออกมา คือการสัมภาษณ์อย่างชนิดที่จะต้องล้วงเอาความจริงจากผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้วิจัยจะต้องใช้วาทศิลป์เพื่อให้ผู้ตอบเล่าเรื่องออกมาทั้งหมด การสัมภาษณ์แบบนี้เจ้าหน้าที่สอบสวน ตำรวจหรือทนายความนั้นใช้กัน แม้นักวิจัยเองก็ต้องใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนี้อย่างมากโดยเฉพาะในคำถามที่

เกี่ยวกับรายรับ รายจ่าย หรือปัญหาทางครอบครัว เป็นต้น เพราะตามปกติผู้ตอบไม่ยอมบอกความจริง แต่นักวิจัยจะต้องถามเพื่อค้นหาความจริงให้ได้ ในกรณีที่ผู้ตอบจงใจหรืออาจไม่ตั้งใจที่จะไม่ให้ข้อมูล แต่ผู้วิจัยจำเป็นจะต้องได้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยก็จะพยายามใช้เทคนิคต่างๆ ที่ล้วงเอาข้อมูลออกมาให้ได้ โดยรุกผู้ตอบด้วยวิธีต่างๆ เช่น ตั้งคำถามจากเหตุการณ์สมมติ (hypothetical question) ให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเป็น ตั้งคำถามว่าสิ่งที่น่าจะเป็นหรือควรจะเป็นในเหตุการณ์ที่กำลังซักถามกันอยู่นั้น คืออะไร เพื่อบังคับให้ผู้ตอบต้องเปรียบเทียบสภาพที่ปรากฏกับสภาพที่ควรจะเป็น หรืออาจตั้งคำถามโดยตีคลุมสรุปความว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ตอบแสดงปฏิกิริยาโดยไม่ทันระวังตัว วิธีการล้วงข้อมูลเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยจะต้องแสดงท่าทีค่อนข้างก้าวร้าว จึงเป็นวิธีที่ไม่ควรนำมาใช้พรั้าเพื่อ และนักวิจัยที่ยังมีประสบการณ์น้อยไม่ควรนำมาใช้ เพราะอาจควบคุมสถานการณ์ที่เกิดจากปฏิกิริยาของผู้ตอบไม่ได้

4.2.4 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information interview) ถึงการสัมภาษณ์โดยกำหนดตัวผู้ตอบบางคนเป็นการเฉพาะเจาะจงเพราะผู้ตอบนั้นมีข้อมูลที่ดี ลึกซึ้ง กว้างขวางเป็นพิเศษเหมาะสมกับความต้องการของผู้วิจัย เราเรียกบุคคลประเภทนี้ว่า "ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ" ผู้วิจัยจะต้องหาให้พบว่าเป็นคนไหนที่ตนทำการวิจัยอยู่นั้น ใครบ้างเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ตนควรไปสัมภาษณ์ เมื่อกำหนดตัวได้ถูกต้องแล้วก็ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบไดก็ได้ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยปกติผู้นำชุมชนในสนามที่ทำการวิจัยมักเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ดี เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส แต่ไม่เสมอไปเลยทีเดียว เพราะบางครั้งเราจะพบว่าบุคคลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ดีกว่าผู้นำชุมชน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพอาจใช้หรือไม่ใช้สถิติก็ได้ แต่ลักษณะสำคัญคือ เป็นการตีความข้อมูลที่ได้พรรณนา การตีความหรือหาความหมายข้อมูลนี้ใช้หลักตรรกวิทยา โดยวิธีการอุปนัย (induction) เป็นสำคัญและต้องอาศัยความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัยประกอบด้วย<sup>22</sup>

6. การเขียนรายงาน คือการนำเอาข้อความพรรณนาและการตีความหมายมาอธิบายปรากฏการณ์สังคมเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ประมาณว่าถ้าผู้วิจัยใช้เวลาในการทำงานภาคสนาม 1 ปี ก็ควรอุทิศเวลาเขียนรายงาน อีก 1 ปี<sup>22</sup>

### 6.3 การเปรียบเทียบระหว่างงานวิจัยเชิงคุณภาพกับงานวิจัยเชิงปริมาณ<sup>21</sup>

ข้อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างงานวิจัยเชิงคุณภาพดังแสดงในตารางที่ 2-2

ตารางที่ 2-2 เปรียบเทียบข้อแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ

ข้อเปรียบเทียบ	การวิจัยเชิงคุณภาพ	การวิจัยเชิงปริมาณ
1. แนวคิดพื้นฐาน	ปรากฏการณ์นิยม	ปฏิฐานนิยม (วิทยาศาสตร์)
2. วัตถุประสงค์	ต้องการเข้าใจความหมายความรู้สึกนึกคิด	มักมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
3. การคัดเลือกตัวอย่าง	การสุ่มแบบเจาะจง	สุ่มโดยอาศัยการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น
4. ขนาดตัวอย่าง	ขนาดเล็ก	ค่อนข้างใหญ่ถึงใหญ่มาก
5. วิธีการศึกษา	เจาะลึกเฉพาะตัวอย่างที่เลือกไว้	ศึกษาในวงกว้างโดยเลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมา
6. เครื่องมือการวิจัย	ผู้วิจัยเอง	แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ แบบทดสอบ แบบวัดสเกล เครื่องวัดค่าเป็นต้น
7. วิธีการเก็บข้อมูล	การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม เป็นต้น	การสัมภาษณ์ การสำรวจ การบันทึกข้อมูล เป็นต้น
8. การวิเคราะห์ข้อมูล	วิเคราะห์โดยใช้หลักตรรกวิทยา เป็นต้น	วิเคราะห์โดยใช้สถิติช่วย
9. การกระจายผลไปสู่ประชากร	โดยทั่วไปไม่ได้	ได้ ถ้ามีการสุ่มตัวอย่างที่ถูกต้อง
10. ทักษะของนักวิจัย	ควรมีความละเอียดอ่อนในการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล การตีความหมายความรู้กว้าง	ควรมีความสามารถด้านสถิติและระเบียบวิธีวิจัย