

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ดลฤทัย บุญชู* วิไลพรรณ สมบุญตนนท์** วิไลวรรณ ทองเจริญ*** ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 88 ราย โดยผู้สูงอายุ มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล แบบวัดภาระในการดูแล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 50.35 ปี รับรู้ภาระในการดูแลระดับปานกลาง ($M = 41.30, SD = 9.42$) รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ($M = 129.34, SD = 20.36$) และการปรับตัวระดับปานกลาง ($M = 144.14, SD = 16.53$) อายุของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแล ($r = 0.008, p = 0.92$) ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.481, p < 0.01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.546, p < 0.01$)

ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล โดยการลดภาระในการดูแล และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ภาระในการดูแล; แรงสนับสนุนทางสังคม; การปรับตัว; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

ความเป็นมาของปัญหา

จากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Soriano & Lamprecht, 2012) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก (Teo et al., 2012; World Health Organization, 2008) ในประเทศไทย จากการประมาณการความชุกของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการป่วยของคนไทยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 4,888 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มากขึ้นตามมา ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง พยาธิสภาพของปอดที่ถูกทำลายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ประกอบไปด้วยพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) หรือเป็นร่วมกันทั้งสองโรค (สมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย, 2548; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD, 2011) ซึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ คว้นจากการสูบบุหรี่ โดยระดับความรุนแรงของโรคจำแนกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ระยะรุนแรงน้อยจนถึงระดับที่ 4 ระยะรุนแรงมากที่สุด โดยระดับที่ 1 ระยะรุนแรงน้อย (mild) ผู้ป่วยอาจมีอาการไอเรื้อรัง ร่วมกับมีเสมหะมากขึ้น แต่ยังไม่มีรู้สึกถึงอาการผิดปกติในการทำหน้าที่ของปอด สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ แต่มีอาการขณะทำงานหนัก ระยะที่ 2 ระยะรุนแรงปานกลาง (moderate) ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ หายใจลำบากขณะออกแรง อาจมีอาการหายใจลำบากกำเริบและต้องมาพบแพทย์ ทำกิจวัตรประจำวันได้ หรืออาจมีเหนื่อยบ้าง เช่น ขณะเดินขึ้นทางชันหรือบันได ระยะที่ 3 ระยะรุนแรงมาก (severe) ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อมีการออกแรงจะมีอาการเหนื่อย ออกแรงได้น้อยลง มีอาการอ่อนล้า อาการกำเริบของโรครุนแรงมากและบ่อย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และระยะที่ 4 ระยะรุนแรงมากที่สุด (very severe) ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ มีอาการกำเริบของโรครุนแรงมากและบ่อย มีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง อาจมีโรคหัวใจและปอดตามมา (สมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย, 2548)

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มีความต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแล (caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างใกล้ชิด โดยดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษา การเตรียมอาหาร การใช้ยา การประเมินอาการผิดปกติต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ช่วยจัดการด้านการเงิน รวมถึง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพด้วย (Spence et al., 2008) ซึ่งในการปฏิบัติกรดูแลเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัว ถ้าการดำรงบทบาทในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นบทบาทใหม่ จะทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวมากขึ้น ถ้าผู้ดูแลปรับตัวได้ดี จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในบทบาทการดูแล ได้รับผลกระทบจากการดูแลน้อย อีกทั้งสามารถยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Grant, Cavanagh, & Yorke, 2012) ผู้ดูแลที่มีการปรับตัวได้ดีมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจ ฟังพอใจ มีความสุขที่ได้ดูแล

ผู้อื่น รู้สึกมีคุณค่าที่ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจและการยอมรับนับถือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการเรียนรู้ มีการเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแล (ยุพาพิน, 2539) แต่ในทางตรงกันข้าม การปรับตัวของผู้ดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะไม่สามารถแสดงบทบาทได้ตามความคาดหวังของบุคคลอื่น และรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัว และเป็นที่มาของความเครียด ความเหนื่อยล้า ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (อุษณีย์, 2551; Grant et al., 2012) จากการศึกษาผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการในระยะรุนแรงและเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลต้องปรับตัวเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป มีภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย มีค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง (Seamark, Blake, Seamark, & Halpin, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรินทร์ (2550) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ 3 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการปรับตัวในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด ทรวงอก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือเรื่องต่างๆ และจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผู้ดูแลที่มีทักษะและมีประสบการณ์ในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบบ่อย ทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย (Wakabayashi et al., 2011)

นอกจากนั้น อายุหรือระยะพัฒนาการของชีวิตพบว่า มีความเกี่ยวข้องต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ยังคงต้องรับผิดชอบหน้าที่ในการทำงาน การทำงานบ้าน การดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว เมื่อต้องมารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลสูงกว่า และมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า (Carter, Lyons, Stewart, Archbold, & Scobee, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 140 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.388$) (พวงแก้ว, 2549) จะเห็นได้ว่า อายุของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบทบาทดังกล่าว สิ่งต่างๆ เหล่านี้ยังส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแล ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมในการดูแลต่างๆ ที่ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวจากความรู้สึกว่า ตนเองยังขาดทักษะในการดูแล ไม่มีความมั่นใจ เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า เครียด ไม่มีเวลาพักผ่อน และไม่ได้ร่วมกิจกรรมในสังคมเหมือนที่ผ่านมา (Gardiner et al., 2010; Grant et al., 2012) ภาระในการดูแลยังสัมพันธ์กับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย สภาพจิตใจของผู้ดูแล และสัมพันธ์ภาวะหวางผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีบทบาทเพิ่มขึ้น รู้สึกว่าตนเองถูกแยกจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และสภาพแวดล้อม (Pinto, Holanda, Medeiros, Mota, & Pereira, 2007) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระยะของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่มากขึ้น เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ นอกจากนั้น ภาระที่เกิดจากการดูแลของผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย ภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต (Lee, Lum, Xiang, Ungvari, & Tang, 2010) ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องในการบรรเทาความรู้สึกตึงเครียดและความรู้สึก

การเป็นภาระได้

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือด้านความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976) การช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจเป็นด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา ซึ่งพบว่า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น การได้รับความช่วยเหลือโดยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากทีมสุขภาพ จะทำให้มีความรู้เกี่ยวกับความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไม่ก่อให้เกิดภาระมากขึ้น (Washington, Meadows, Elliott, & Koopman, 2011) จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า ภาระของผู้ดูแลจะลดลงเมื่อได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน สมาชิกในครอบครัว (Burton et al., 2012) และสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรงต้องการมากที่สุด คือ การได้รับข้อมูล และความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ (Seamark et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวไปแล้ว จะเห็นได้ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก ทั้งยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุลดลง การมีความรู้และความเข้าใจในปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้ง จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคมะเร็งระยะลุกลาม และยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับการวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นพบว่า ยังมีบริบทที่แตกต่างไปจากประเทศไทยในด้านการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล ให้สามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เรื้อรัง

3. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

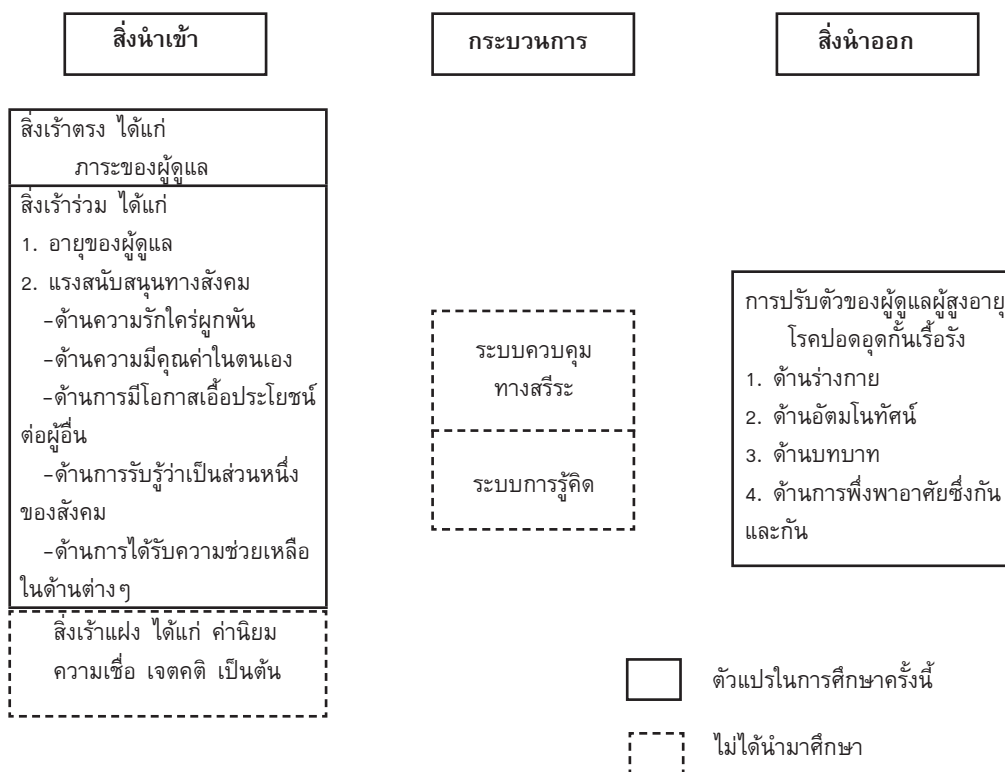
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy, 2008) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยมีภาระการดูแลเป็นสิ่งเร้าตรง ส่วนอายุของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่ง รอย (Roy, 2008) มีแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลว่า บุคคลเป็นระบบเปิด และเมื่อมีสิ่งที่มีมากระตุ้น บุคคลจะมีการปรับตัว องค์ประกอบในการปรับตัวนี้ ประกอบด้วย สิ่งที่มีมากระตุ้น (stimuli) ได้แก่ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) คือ สิ่งเร้าภายนอกหรือภายในที่บุคคลกำลังเผชิญโดยตรงอยู่ในขณะนั้น จะมีอิทธิพลมากที่สุดหรือเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การปรับตัวมากที่สุด สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้น มีอิทธิพลโดยตรงต่อสิ่งเร้าตรง ได้แก่ เพศ อายุ ความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) คือ สิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยแวดล้อมอยู่ภายในหรือภายนอกระบบบุคคล ยังไม่มีอิทธิพลให้เห็น ความสัมพันธ์ยังไม่ชัดเจน แต่เป็นปัจจัยที่อาจจะจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล เช่น สิ่งเร้าที่เป็นผลมาจากการประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ และบุคลิกภาพของบุคคล เป็นต้น

เมื่อมีการรับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล จะมีกระบวนการทำงานภายในที่ต้องมีการประสานกันทางเคมี ระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ เกิดการตอบสนองทางสรีระทั้งส่วนที่ต้องอาศัยการทำงานของสมองในการรับรู้ การรับ การส่งข้อมูล การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต การควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจ คือ กลไกการรู้คิด และจะส่งออกเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมา โดยในการปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของระบบย่อย 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการควบคุมทางสรีระ (regulator subsystem) จะเป็นกลไกควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายทางด้านสรีรวิทยา และระบบการรู้คิด (cognator subsystem) เป็นกลไกที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านทางกระบวนการรับรู้ การให้ข้อมูล การเรียนรู้ การตัดสินใจ ผลคือ บุคคลจะมีการปรับตัวที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว ซึ่งมีด้วยกัน 4 ด้าน คือ 1) การปรับตัวด้านสรีระ (physiologic mode) 2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept) 3) การปรับตัวด้านบทบาท (role function) และ 4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (interdependence mode) โดยผลของการปรับตัวอาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมดังกล่าวทั้ง 4 ด้าน หรือเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นอาจเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ดี มีประสิทธิภาพ (adaptive behavior) หรือเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective behavior) พฤติกรรมดังกล่าวจะย้อนกลับไปเป็นสิ่งที่นำเข้าสู่ระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการป้อนกลับ (feedback) เพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

ในการดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องเกี่ยวข้องกับการปรับตัว เพื่อที่จะสามารถดำรงรักษาภาวะสมดุลไว้ เมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคที่อยู่ในระยะรุนแรง จะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ผู้ดูแลจึงต้องเข้ามารับบทบาทเพิ่ม คือ บทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยต้องดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำ

ให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแล ผู้ดูแลจึงอาจเกิดความวิตกกังวล มีภาวะเครียดในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้น ภาระในการดูแลจึงเป็นสิ่งที่เร้าตรงที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวกับการดูแล และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะมีการปรับตัวได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมหรือความรุนแรงของสิ่งที่เร้าที่เข้ามา และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้น ผู้ดูแลที่มีอายุแตกต่างกันก็อาจทำให้มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เช่นกัน อีกทั้งความสัมพันธ์ของมนุษย์เป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อให้จัดการกับสิ่งที่เร้าที่มากกระทบ แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เร้าได้ดี ดังนั้น อายุของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นสิ่งที่เร้าร่วมที่จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นสิ่งที่เร้าที่อยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นและมีอิทธิพลโดยตรงต่อสิ่งที่เร้าตรง ส่วนสิ่งที่เร้าแฝง เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวของผู้ดูแล จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นจึงเชื่อมโยงเป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังแผนภาพ 1



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล การในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกระบบทางเดินหายใจและทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 88 ราย โดยมีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉันทาเครือญาติ
2. เป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง รับผิดชอบดูแลอย่างใกล้ชิด มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
3. ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในความดูแลนั้นมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน มีความรุนแรงของโรคตามค่าจำกัดความของแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2011) ตั้งแต่ระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 4
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุผู้นั้นมีโรคร่วมอยู่ในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย หัวใจ หรือโรคทางจิตเวช เป็นต้น

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Polit & Beck (2010) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับร้อยละ 80 และเนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยที่สามารถเทียบเคียงนำมาใช้ได้ จึงได้เลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) $r = 0.30$ ได้กลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง จำนวน 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อาการกำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมา

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อวัน ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale: CBS) โดย สายพิณ (2536) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความต้องการในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้านจาก โอเบิร์ส (Oberst, Hughe, Chang, & McCubbin, 1991) ในการศึกษาครั้งนี้นำมาใช้ในการประเมินภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยตรง (3 ข้อ) ด้านการดูแลระหว่างบุคคล (4 ข้อ) และด้านการดูแลทั่วไป (8 ข้อ) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งเป็นการประเมินระดับความยากลำบากในการทำแต่ละกิจกรรม โดยระดับที่ 1 หมายถึง ไม่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นเลย จนถึงระดับที่ 5 มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมด 15-75 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำ (15-35 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ภาระภาระในการดูแลระดับต่ำ คะแนนสูง (55-75 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ภาระในการดูแลระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (Personal Resource Questionnaire: PRQ) โดย สายพิณ (2536) ดัดแปลงมาใช้ในผู้ดูแล จากของ จิรภา (2532) ซึ่งแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย แบรินด์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981) แบบสอบถามนี้ใช้วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ ด้านละ 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก จนถึงระดับที่ 5 เห็นด้วยมาก ถ้าเป็นคำถามเชิงลบให้กลับคะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมด 25 - 175 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำ (25-75 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนนสูง (126-175 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล โดย ชูชื่น (2541) เป็นผู้สร้างแบบวัดประสิทธิภาพในการปรับตัวของผู้ดูแล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งใช้วัดการปรับตัว 4 ด้าน ด้านละ 10 ข้อ รวม 40 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยระดับที่ 1 หมายถึง น้อยที่สุด จนถึงระดับที่ 5 มากที่สุด ถ้าเป็นคำถามเชิงลบให้กลับคะแนน โดยมีคะแนนรวมทั้งหมด 40-200 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำ (40-93 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระดับต่ำ คะแนนสูง (148-200 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำไปพิจารณาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบวัดทั้งหมดใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางกาย 30 ราย และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด ซึ่งได้แก่ แบบวัดภาระในการดูแล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล เท่ากับ 0.92, 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ และทดสอบค่าความ

เชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89, 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS2013/54_3009 เลขที่หนังสือรับรอง COA No.IRB-NS 2013/198.2011 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2556 และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รหัสโครงการ ๐๘๐/๕๖ เลขที่หนังสือรับรอง COA 80/2556 ลงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2556 และได้ปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมตามความสมัครใจที่จะให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบวัดในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและบริการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ
5. กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยระหว่างเข้าร่วมการวิจัยผู้ดูแลสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะนัดหมายสถานที่และเวลาเพื่อตอบแบบสอบถาม อาจทำก่อนหรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ
6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองทั้งหมด โดยเก็บข้อมูลแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและทรวงอก เวลา 8.00 - 16.00 น. ในวันจันทร์และวันพุธ แผนกผู้ป่วยนอก

อายุกรรม เวลา 8.00 - 12.00 น. ในวันจันทร์ - ศุกร์ และแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินเวลา 8.00-16.00 น. ในวันจันทร์ - ศุกร์ โดยผู้วิจัยดำเนินการภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ และผู้ดูแลพร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม

7. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำแผนกในการดูแลและสังเกตอาการของผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกและลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

8. ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ โดยผู้วิจัยจะไม่ชี้นำคำตอบให้ ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามประมาณ 60 นาที

9. กรณีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟังที่ละข้อ และผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ

10. ผู้วิจัยรวบรวมและนำข้อมูลของแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลอายุของผู้ดูแล ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คำนวณหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สันโดยข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) เป็นเพศชาย อายุ 60 - 92 ปี เฉลี่ย 73.84 ปี (SD = 8.53) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.60) นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.40 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 - 20 ปี เฉลี่ย 5.62 ปี (MD = 5.00, SD = 4.11) มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 87.50 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 51.10 ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาเคยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 55.70 โดยได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและกลับบ้าน ร้อยละ 51.10 เคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 27.30 และมีประวัติการหายใจล้มเหลวและใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 10.20

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 88 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.00 มีอายุ 18 - 83 ปี เฉลี่ย 50.35 ปี (SD = 15.67) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.60 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช. เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 53.30 รายได้เพียงพอ ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 34.00 อาศัยอยู่กับบิดา - มารดา คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง ร้อยละ 69.30 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 55.70 รองลงมาเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 35.20 เป็นบุตรสาว ร้อยละ 73.40 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย ร้อยละ 63.60 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแล 8 - 19 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ย 12.15 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 2.98) ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย 8 เดือน ถึง 13 ปี เฉลี่ย 3.34 ปี (SD = 2.81) ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 68.2 และเมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของผู้ดูแลพบว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.80

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนภาวะในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.30$, $SD = 9.42$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะในการดูแลด้านการดูแลระหว่างบุคคลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 3.21) รองลงมา คือด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 2.64) และด้านการดูแลโดยตรง (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 2.42) ตามลำดับ (ตาราง 1)

กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 129.34$, $SD = 20.36$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพันมากที่สุด ($M = 27.44$, $SD = 5.05$) รองลงมา คือด้านความมีคุณค่าในตนเอง ($M = 26.35$, $SD = 4.04$) ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($M = 25.92$, $SD = 4.18$) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ($M = 25.45$, $SD = 4.71$) และด้านการมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น ($M = 24.17$, $SD = 5.53$) ตามลำดับ (ตาราง 1)

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 144.14$, $SD = 16.53$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์มากที่สุด ($M = 37.92$, $SD = 4.01$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ($M = 36.73$, $SD = 4.88$) ด้านบทบาทหน้าที่ ($M = 35.37$, $SD = 4.74$) และที่น้อยที่สุดคือ ด้านร่างกาย ($M = 34.06$, $SD = 5.95$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน ภาวะในการดูแล การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามโดยรวมและรายด้าน ($N = 88$)

	คะแนนที่เป็นไปได้	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาวะในการดูแลโดยรวม	15 - 75	41.30	9.42
ภาวะในการดูแล รายด้าน			
- ด้านการดูแลระหว่างบุคคล	4 - 20	12.86	3.05 (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์* = 3.21)
- ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป	8 - 40	21.18	5.78 (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์* = 2.64)
- ด้านการดูแลโดยตรง	3 - 15	7.26	2.02 (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์* = 2.42)
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	25 - 175	129.34	20.36
แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน			
- ด้านความรักใคร่ผูกพัน	5 - 35	27.44	5.05
- ด้านความมีคุณค่าในตนเอง	5 - 35	26.35	4.04
- ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	5 - 35	25.92	4.18
- ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ	5 - 35	25.45	4.71
- ด้านการมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น	5 - 35	24.17	5.35

ตาราง 1 (ต่อ)

	คะแนนที่เป็นไปได้	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การปรับตัวโดยรวม	25 - 175	144.10	16.55
การปรับตัวรายด้าน			
- ด้านอัตมโนทัศน์	1 - 50	37.92	4.01
- ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	1 - 50	36.73	4.88
- ด้านบทบาทหน้าที่	1 - 50	35.37	4.74
- ด้านร่างกาย	1 - 50	34.06	5.95

*ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = ค่าเฉลี่ย/จำนวนข้อ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = 0.008$, $p = 0.92$) ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.481$, $p < 0.01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.546$, $p < 0.01$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับ การปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (N = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. อายุของผู้ดูแล	1			
2. ภาวะในการดูแล	0.092	1		
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.231*	-0.131	1	
4. การปรับตัวของผู้ดูแล	0.008	-0.481**	0.546**	1

* $p < 0.05$ (2-tailed), ** $p < 0.01$ (2-tailed)

การอภิปรายผล

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับ การปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ดูแลจะมีอายุเท่าใดก็ตามจะไม่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับเหตุผลทางทฤษฎีที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของบุคคล เป็นสิ่งที่บอกได้ถึงวุฒิภาวะ เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต

เมื่อบุคคลเติบโตและมีวุฒิภาวะมากขึ้น จะสามารถตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีที่สุดตัดสินใจได้ถูกต้องในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลอื่นที่ต้องรับผิดชอบ โดยความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ (Orem, 1991) บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์และเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย (Anderson & Bauwens, 1981) และผลการศึกษาค้นคว้านี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพรรณ (2550) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปรับตัวนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น บุคลิกภาพที่ต่างกัน ภาระงาน ความเครียด ผู้ช่วยเหลือในการดูแล ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่างกัน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้น ผู้ดูแลจะสามารถรับรู้การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านต่างๆ มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36 – 59 ปี) เป็นช่วงอายุที่ผ่านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือมาแล้ว จึงทำให้รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนรักและเห็นใจ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Washington et al., 2011)

ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ภาระในการดูแลมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับตัวได้น้อย ซึ่งภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลเฉพาะโรค การทำธุระแทนผู้ป่วย การจัดการปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นการรับรู้ถึงภาระในการดูแล เป็นสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ลีและคณะ (Lee et al., 2010) ที่ศึกษาภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง ส่งผลผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวนง่าย ผู้ดูแลจึงรับรู้ถึงภาระที่เกิดจากการดูแลมาก โดยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพทางกาย มีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ส่งผลต่อการปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ ปิติพร (2555) ที่พบว่า ภาระของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ดูแลต้องรับหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้มีผลกระทบในการดูแล โดยที่ต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุให้มากขึ้น การต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวในการดูแล และมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการศึกษาภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านของ พารุณี (2550) พบว่า ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้านี้จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้มีผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การให้กำลังใจ ปลอดภัย การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ สิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของผู้ดูแล และส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย ซึ่งความสัมพันธ์ที่ได้จากการศึกษานี้เป็นประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสนใจ เพื่อใช้ในการประเมินและส่งเสริมการปรับตัวให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับตัวได้มากด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy, 2008) กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีการปรับตัวได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมหรือความรุนแรงของสิ่งที่เข้ามาและระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้น ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อให้จัดการกับสิ่งเร้าที่มากกระทบแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าได้ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งเร้าร่วมที่จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรงสามารถปรับตัวในการดูแลได้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลทางด้านการรักษา และความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทีมสุขภาพ (Seamark et al., 2004) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ กรรณิกา (2546) ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 120 ราย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลจากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นรับรู้บทบาทของตนเอง รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับรู้ว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อคนในครอบครัวและในสังคม อีกทั้งได้รับความช่วยเหลือต่างๆ จากครอบครัว สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปรับตัวในการดูแลได้มาก จากความสัมพันธ์ดังกล่าวบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสนใจและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเช่นกัน

โดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปรับตัวได้น้อย จะมีการรับรู้ภาวะในการดูแลที่เพิ่มขึ้น และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลสามารถทำได้โดยการลดภาระในการดูแล การเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสมและให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะและนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. เนื่องจากภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลและทีมบุคลากรทางการแพทย์ ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปรับตัวในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น อาจเป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาล มีการเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนต่างๆ เช่น การส่งต่อเมื่อมีอาการฉุกเฉิน การเรียกรถพยาบาลหรือหน่วยดูแลฉุกเฉินใน

พื้นที่ที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาศัยอยู่

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลที่คำนึงถึงการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้ความรู้ ฝึกทักษะในการดูแล การส่งเสริมด้านการให้ข้อมูลของแหล่งช่วยเหลือด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับตัวที่ดีมีประสิทธิภาพในการดูแลระยะยาวต่อไป

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทการดูแลที่ต่างกันทางสังคมและวัฒนธรรม

2. นำไปศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการหลงลืม ผู้สูงอายุโรคเมเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

3. ผลการวิจัยที่เกิดขึ้น ควรนำไปศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายหรือเชิงทดลอง โดยสร้างโปรแกรมให้ความช่วยเหลือในด้านการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดภาระในการดูแล อีกทั้งส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม

- กรรณิกา คงหอม (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและสาธารณสุข สำนักงานปลัดสาธารณสุข.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บุศรินทร์ ผัดวง. (2550). การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิติพร สิริพิการ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รวมารับดีพยาบาลสาร*, 2 (มกราคม-เมษายน 2539), 84-92.
- ศิริพรรณ ปิตมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อุษณีย์ เหมแหวน. (2551). *ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Anderson, S. V. & Bauwens, E. E. (1981). *Chronic health problems*. St. Louis: C. V. Mosby Company.
- Brandt, P. A. & Weinert, C. (1981). The PRQ: a social support measurement. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Burton, A. M., Sautter, J. M., Tulsy, J. A., Lindquist, J. H., Hays, J. C., Olsen, M. K., ...Steinhauser, K. E. (2012). Burden and well-being among a diverse sample of cancer, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 410-420.
- Carter, J. H., Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G. & Scobee, R. (2010). Does age make a difference in caregiver strain? Comparison of young versus older caregivers in early-stage Parkinson's disease. *Movement Disorders Journal*, 25(6), 724-730.
- Cobb. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., Halpin, D., & Seamark, D. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respiratory Medicine*, 104(2), 159-165.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2011). *Global strategy for diagnosis, Management and prevention of COPD*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- Grant, M., Cavanagh, A., & Yorke, J. (2012). The impact of caring for those with chronic

- obstructive pulmonary disease (COPD) on carers' psychological well-being: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1459-1471.
- Lee E, Lum C. M., Xiang Y. T., Ungvari G. S., & Tang W. K. (2010). Psychosocial condition of family caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Hong Kong. *East Asian Arch Psychiatry*, 20, 180-185.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Chang, A. S., McCubbin, & M. A. (1991). Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). Philadelphia: Mosby-Year Book.
- Pinto, R. A., Holanda, M. A., Medeiros, M. M. C., Mota, R. M. S., & Pereira, E. D. B. (2007). Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 101(11), 2402-2408.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Seamark, D. A., Blake, S. D., & Seamark, C. J., & Halpin, D. M. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 619-625.
- Soriano, J. B. & Lamprecht, B. (2012). Chronic obstructive pulmonary disease: a worldwide problem. *Medical Clinics of North America*, 96(4), 671-680.
- Spence, A., Hasson, F., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(8), 368-372.
- Teo, W. S. K., Tan, W. S., Chong, W. F., Abisheganaden, J., Lew, Y. J., Lim, T. K., & Heng, B. H. (2012). Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*, 17(1), 120-126.
- Wakabayashi, R., Motegi, T., Yamada, K., Ishii, T., Gemma, A., & Kida, K. (2011). Presence of in-home caregiver and health outcomes of older adult with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 44-49.
- Washington, K. T., Meadows, S. E., Elliott, S. G., & Koopman, R. J. (2011). Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 37-44.
- World Health Organization. (2008). *COPD predicted to be third leading cause of death in 2030*, World Health Organization, 2008. Retrieved from www.Who.int/whr/2008

The Relationships Between Age, Caregiving Burden, Social Support, and Adaptation of Caregivers of Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Dolruthai Boonchoo* Wilaipun Somboontanont**
Vilaivan Thongcharoen*** Doungrut Wattanakitkileart**

Abstract

This study was a descriptive study aimed at studying the relationship between age, caregiving burden, social support, and adaptation of caregivers of older persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Subjects were caregivers of older persons with COPD. A total of 88 COPD patients were outpatients receiving care at one of the university hospitals in Bangkok. Data collection was done using a Personal information questionnaire for older persons and caregivers, a Caregiving burden form, a Social support questionnaire, and an Adaptation of caregivers form. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients were used for data analysis.

The study found that subjects had an average age of 50.35 years old, with medium caregiving burden ($M = 41.30$, $SD = 9.42$), high social support ($M = 129.34$, $SD = 20.36$), and medium adaptation of caregivers ($M = 144.14$, $SD = 16.53$). A relationship analysis found that caregivers age was correlated to adaptation of caregivers of older persons with COPD with no statistical significance ($r = 0.008$, $p = 0.92$). Caregiving burden had a negative relationship regarding; adaptation of caregivers of older persons with COPD, with a statistical significance ($r = -0.481$, $p < 0.01$), and social support had a positive relationship with adaptation of caregivers of older persons with COPD, with a statistical significance ($r = 0.546$, $p < 0.01$).

This study can be applied as a focus for promoting good social support for caregivers and lessening caregiving burden, while allowing caregivers to effectively adapt to caregiving for older persons with COPD.

Keywords: caregiving burden; social support; adaptation; caregivers of older person; chronic obstructive pulmonary disease

* Master of Nursing Science (Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.