



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งนำเสนอบนลำดับ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
3. บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีบทบาท
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาท
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 5.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
 - 5.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความชราเป็นขบวนการที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกรรมพันธุ์ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตของบุคคล และขบวนการของโรคภัยไข้เจ็บ (Matterson and McDonell อ้างใน นิตยา ภิญโญคำ และคณะ, 2536) การที่จะกำหนดว่าบุคคลอย่างเข้าสู่วัยชราเมื่อใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้านเช่น สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ในสหรัฐอเมริกาถือเอาอายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียถือเอาอายุ 67 ปี เป็นวัยสูงอายุ (ละออง สุวิทยาภรณ์, 2534) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์การเกษียณอายุราชการ (เขมิกา ยะมะรัต, 2527 พิระสิทธิ์ คำนวนคิดป์ และคณะ, 2523) ซึ่งตรงกับที่ประมุขอนามัยโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงกันอย่างเป็นทางการโดยถือเอาเกณฑ์อายุ 60 ปี ในการกำหนดว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ (เสาวภา

พรสิริพงษ์ และคณะ, 2534 ช้างใน ไบศรี ดิยะรัตนกุล, 2536) อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า วัยสูงอายุ ไว้ต่าง ๆ กันพอสรุปได้ดังนี้

บรรจु ศิริพานิช (2526) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง

จารุวรรณ เหมธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526) กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิด และดำเนินต่อเนื่องไปจนสุดอายุขัย

คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา (2534) กล่าวว่า ผู้สูงอายุโดยทั่วไปแล้วหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมตามวัย ความเจริญเติบโตของร่างกายลดลง และความต้านทานโรคลดลง

Grandall (1980) ได้ให้ความหมายของความเป็นผู้สูงอายุว่า เป็นกระบวนการของการเจริญเติบโตไปสู่วัยที่สูงขึ้น ซึ่งปกติก็จะดำเนินไปเรื่อย ๆ ในช่วง 25-30 ปี แรกของช่วงชีวิต หลังจากนั้นจะเป็นช่วงของการเสื่อมถอยไปเรื่อย ๆ

Birren and Renner (1977) กล่าวว่าวัยสูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตภายใต้เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม

นอกจากการกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ในการศึกษาเกี่ยวกับวิทยาการผู้สูงอายุ (Gerontology) ของสมาคมผู้สูงอายุแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้มีการแบ่งช่วงอายุของคนในวัยสูงอายุไว้ดังนี้ วัยสูงอายุตอนต้น (The young elderly) คือ อายุระหว่าง 60-74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (The old elderly) คือ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (Yurick et.al.1989) และสมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา (พีระสิทธิ์ คำนวนคิดปป์, 2523) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยสูงอายุออกเป็น 3 ช่วง โดยกำหนดวัยกลางคน คือ อายุตั้งแต่ 45-64 ปี วัยสูงอายุตอนต้น คือ อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลายคือ 75 ปี ขึ้นไป ส่วน Hill (1985) แบ่งวัยสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง คือ วัยสูงอายุระยะที่ 1 คือ วัยกลางคน ใช้เกณฑ์ช่วงอายุระหว่าง 50-65 ปี วัยสูงอายุระยะที่ 2 (old age) คือ อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุระยะที่ 3 (old-old) คือ อายุ 75-84 ปี และวัยสูงอายุระยะสุดท้าย คือ อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ส่วน Hooyman Kiyak (1991) และ Herbert (1992) แบ่งวัยสูงอายุออกเป็น 3 ช่วงเช่นกัน คือ วัยเริ่มสูง

อายุ (young old) คือ อายุตั้งแต่ 65-74 ปี วัยสูงอายุ (old) คือ อายุระหว่าง 75-84 ปี และวัยสูงอายุเต็มที่ (oldest-old) คือ อายุ 85 ปี ขึ้นไป

การจัดว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุหรือไม่นั้น นอกจากเกณฑ์อายุตามปฏิทินที่ได้กล่าวแล้วนั้น ยังมีแนวคิดการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้อีกหลายแนวคิดเช่น รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว (2527) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 2 ประเด็นด้วยกันคือ

1. การกำหนดโดยกาลเวลาหรือการตัดสินใจโดยอายุ เช่น ไทยถือเอาเกณฑ์ 60 ปี ขึ้นไปเป็นวัยสูงอายุ

2. เกิดขึ้นตามความเป็นจริง หรือตามสภาพที่พบเห็น โดยพิจารณาจากความเสื่อมโทรมของสังขารและสภาพอื่น ๆ ในแต่ละคน เพราะแต่ละคนมีอายุที่เท่ากันแต่อาจมีสภาพร่างกาย จิตใจ ที่แตกต่างกัน และผู้ที่มีอายุต่างกันอาจมีสภาพที่ใกล้เคียงกันได้ เช่น อายุมากกว่า 60 ปี บางคนสุขภาพดี แข็งแรงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่บางคนอายุไม่ถึง 60 ปี กลับมีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรม มีปัญหาสุขภาพต่าง ๆ จนไม่อาจปรับตัวรับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้พวกหลังนี้ถือว่าเป็นผู้สูงอายุมากกว่า

เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) ได้เสนอแนวคิดในการพิจารณาความมีอายุตามระยะเวลาที่แตกต่างกันดังนี้

1. พิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสภาพต่าง ๆ ทางด้านร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผมหงอก สายตายาว กำลังของกล้ามเนื้อจะลดลง อย่างไรก็ตามการพิจารณาโดยอาศัยเกณฑ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาจไม่อาจบ่งชี้ความเป็นผู้สูงอายุได้ชัดเจนนัก เพราะบางคนอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายรวดเร็วมาก เช่น สายตายาว ผมหงอกตั้งแต่อายุเพียง 36 ปี

2. พิจารณาความมีอายุในด้านจิตใจ ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุจะมีลักษณะที่เป็นคนน้อยใจง่าย ไม่ยอมรับรู้ มีความมั่นคงทางความคิด และมีความคิดจึงมักจะเป็นระมัดระวัง ไม่ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ใจเย็น อดทน รอบคอบ ในการตัดสินใจ มองโลกในแง่ดี แต่จะมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ฐิฐิ ขี้บ่น และถือตัวก็ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา

3. พิจารณาความมีอายุในด้านสังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพทางด้านสังคมกว้างขึ้นและมีความสำคัญในฐานะของผู้ที่มีประสบการณ์ แต่ขึ้นอยู่กับว่ามีปฏิสัมพันธ์กับ

สังคมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย ถึงแม้ว่าจะผ่านโลกมามาก มีสังคมที่กว้างขวาง รู้จักคนมาก แต่บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบทางด้านหน้าที่การงานลดลง เนื่องจากความจำกัดของอายุ และความสามารถ

Birren and Cunningham (1985) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะดังนี้คือ

1. ความสูงอายุทางด้านร่างกาย (Biological age หรือ Senescence) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละคน
2. ความสูงอายุทางด้านจิตใจ (Psychological age หรือ Elderly) เป็นความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ การเรียนรู้ สถิติปัญญา ทักษะ ความรู้สึก การสนใจ และอารมณ์
3. ความสูงอายุทางด้านสังคม (Social age หรือ Geronting) เป็นการเปลี่ยนแปลงสถานะบทบาทที่เกี่ยวกับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น

จากการที่มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้มากมาย อาจสรุปได้ว่าส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนดว่าผู้ใดจะเป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดว่า บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่ก็มีอีกหลายแนวคิดที่ไม่ใช้เกณฑ์อายุมาเป็นการตัดสินว่าใครคือ ผู้สูงอายุ แต่ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความสามารถต่าง ๆ สมรรถภาพด้านร่างกาย การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือเป็นผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความชราภาพได้ขยายตัวไปอย่างกว้างขวาง วิทยาการว่าด้วยความชราของมนุษย์ ประกอบด้วยศาสตร์หลายสาขา จึงมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการสูงอายุ ได้มีผู้แบ่งทฤษฎีการสูงอายุไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (Ebersole and Hess, 1981)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)
2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา

ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ 3 อย่างคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีนี้แบ่งเป็นทฤษฎีย่อย ๆ ได้ดังนี้

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยความสามารถที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึงการให้ออกซิเจนของเซลล์ การเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ จะทำให้เกิดพวกเรดิคัลอิสระ (Free Radical X) ซึ่งสามารถทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายได้สารที่ยับยั้ง Free Radical ได้คือ วิตามินซี ในอาซีน

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen cross-linkage theory) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารจำพวก Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้นและจับตัวกันมากขึ้นทำให้ collagen fibre หดสั้นเข้าไปในวัยชรา

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นการสร้างสารภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง และสร้างภูมิคุ้มกันที่ทำลายตัวเองเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยได้ง่าย

1.4 ทฤษฎีว่าการเปลี่ยนแปลง และความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึงการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) จากการได้รับรังสีที่ละเล็กทีละน้อยเป็นประจำทำให้คนแก่เร็วขึ้น ส่วนทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ DNA และถูกส่งไปยัง RNA และเอ็นไซม์ที่ทำการสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งภายใน cell มีผลทำให้การเผาผลาญเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพและลดจำนวน RNA ลงเป็นผลให้ cell ตายเพิ่มมากขึ้น

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดตามพันธุกรรม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะในร่างกายเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เช่น ผมหงอกเร็ว ศีรษะล้าน

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมถอย (Wear and Tear Theory) เปรียบสิ่งมีชีวิตเหมือนเครื่องกลเมื่อใช้งานมากย่อมมีการเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คืออวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงานจะเสื่อมสภาพไปก่อน ในขณะที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ที่ทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น เพราะฉะนั้นจึงยังไม่มีที่ยืนยันแน่นอนในทฤษฎีนี้

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้ cell ตาย บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียด บ่อย ๆ จะทำให้บุคคลคนนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา

ทฤษฎีจิตวิทยานี้เชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปโดยพบว่าสติปัญญาจะเสื่อมถอยลงไปหรือ อาจจะไม่เปลี่ยนแปลงไปเลยก็ได้ (พัชรี ต้นศิริ ช่างใน จรัสวรรณ เทียบประภาส, 2536) ความจำ และการเรียนรู้ มีงานวิจัยยืนยันว่า ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ได้เกือบเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องอาศัย เวลาที่นานกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้คือ ความเครียด ผลจากประสาทและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เสียความจำ ส่วนแรงจูงใจพบว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ มีนักทฤษฎีที่เสนอแนวคิดทางจิตวิทยาที่อธิบายการสูงอายุไว้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนามาด้วยความมั่นคงอบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอยู่ร่วมกับ บุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมกับใครได้ จิตใจคับแคบ ไม่รู้จักช่วยเหลือ เห็นใจผู้อื่น ๆ ผู้สูงอายุผู้นั้นก็จะประสบปัญหาในบ้าน ปลายของชีวิต (Erikson, 1963 ช่างใน เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528)

2.2 ทฤษฎีความปรารถนา (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ปรารถนาปรารถนาก็เนื่องจากสนใจและฝึกฝนค้นคว้าอยู่เสมอ และมีความพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง แนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงปลายของชีวิตเพื่อพยายามที่จะอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป แนวคิดนี้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วทำให้กระทบต่อสถานภาพของผู้สูงอายุให้เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วตามไปด้วย ประกอบด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เมื่อบุคคลอายุเพิ่มขึ้นสภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทก็ลดลง แต่ความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาของผู้สูงอายุจะยัง

เหมือนในวัยกลางคน โดยจะปฏิเสธการมีชีวิตแบบคนสูงอายุานเท่าที่จะทำได้ ทฤษฎีนี้จึงแนะนำถึงการรักษาระดับของกิจกรรมที่จะให้คงไว้และให้เหมาะสมกับกระบวนการความสูงอายุ เช่น ควรมีงานอดิเรก หรือเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม หรือชมรม เพราะทฤษฎีนี้เป็นยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้มีความพอใจในชีวิตสูง มองตนเองในทางบวก (ประนอม โอทกานนท์, 2537; Georgia M., 1979 อ้างใน สุธีรา น้อยจันทร์, 2530)

3.2 ทฤษฎีแยกตนเอง (Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียด และพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อย ๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) แนวคิดนี้มีผลมาจากการศึกษาเพื่อหาข้อยุติของทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีแยกตนเอง (Neugarten, 1964 อ้างใน จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536) ซึ่งพบว่าคนที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข และมีการเข้าร่วมกิจกรรมขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนโดยทฤษฎีได้เสนอแนะว่าแรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์, 2537)

3.4 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะปรับบทบาทและสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่นการละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุ และเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นต้น (ไมตรี ตีระรัตนกุล, 2536)

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า แต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะอธิบายความชราโดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะมองความสูงอายุโดยพิจารณาจากความจำการเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ เป็นต้น และทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาท และสถานภาพทางสังคมไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะอธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ทั้งหมด แต่จากแนวคิดทั้ง 3 ทฤษฎีที่กล่าวมาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

ครั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นคู่บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแล จำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยอาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีการสูงอายุเพื่อร่วมกันอธิบายความเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุต่อไป

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

บุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ดังจะพอสรุปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในทุก ๆ ระบบของร่างกาย พอรวบรวมได้ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2531, 2533; ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532; รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2538; Hooyman and Kiyak, 1991; Herbert, 1992)

ระบบประสาทรับความรู้สึก เมื่อมีอายุ 60 ปี ประสิทธิภาพการมองเห็นจะเสื่อมลง 4% การได้ยินลดลง 5% เมื่ออายุ 80 ปี การมองเห็นจะเสื่อมลงถึง 15% การได้ยินจะลดลง 25% การรับรสนั้นก็เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงจะทำให้มีความสามารถในการรับรสลดลงโดยจะลดลง 30% เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป การไต่กลิ่นจะลดลงประสาทรับความรู้สึกผิวหนังก็จะลดลงด้วย

ระบบกล้ามเนื้อ จะมีความยืดหยุ่นน้อยลง มีกำลังอ่อนแอลง เมื่ออายุ 60 ปีอวัยวะทุกส่วนจะทำงานช้าลง 2% และจะลดลงอีก 3% เมื่ออายุ 80 ปี

ระบบกระดูก กระดูกจะกร่อนเมื่ออายุประมาณ 45 ปี ทำให้มีอาการปวด หลังจะโค้งงอมีกระดูกบางเปราะและแตกง่ายเนื่องจากมีปริมาณแคลเซียมลดลงมีข้อติดแข็งได้ง่าย

ผิวหนังและเนื้อเยื่อ ผิวหนังจะแห้ง เหี่ยวยุบ ฉีกขาดและช้ำง่ายเมื่ออายุ 80 ปี ความยืดหยุ่นของผิวหนังจะลดลง 50 % ต่อมาเนื้อเยื่อจะน้อยลง ทำให้การปรับอุณหภูมิร่างกายได้ไม่ดี

ระบบการย่อยอาหาร ผู้สูงอายุจะมีฟันโยกคลอนหลุดง่ายทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด น้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ดี อาจมีอาการท้องอืด การดูดซึมสารอาหารได้ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารได้ง่าย

ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของสมอง สมองเสื่อม ความรู้สึกช้า การทำงานระหว่างสมองและกล้ามเนื้อเสียไป การทรงตัวลดลงมีอาการสั่นตามร่างกาย

ระบบทางเดินหายใจ เมื่อมีอายุ 75 ปีขึ้นไปการทำงานของปอดจะลดลง มีความยืดหยุ่นลดลง 40 - 50% จึงทำให้มีการหายใจเร็ว เหนื่อยง่าย และการแลกเปลี่ยน O_2 จะลดลง

ระบบขับถ่าย ถ้าได้เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการท้องผูก ท้องเดินง่าย

ระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ไตจะเสื่อมลง 40-60% การกรองของเสียจากร่างกายลดลง แต่จะขับน้ำออกมากขึ้น ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดที่กระเพาะปัสสาวะอาจยืดย่อน ทำให้ถ่ายปัสสาวะกระปริกกระปรอย และถ่ายปัสสาวะไม่หมด และมีการติดเชื้อได้ง่าย

ระบบสืบพันธุ์ ชายเมื่ออายุ 50 ปี จะผลิตอสุจิลดลง และเมื่ออายุ 60 ปี ฮอริโมนเพศเทสโทสเทอโรนจะลดลงแต่ไม่มากนัก ส่วนเพศหญิงเมื่ออายุได้ 48-50 ปี ส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนฮอริโมนเพศเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนจะลดลงอย่างรวดเร็ว

ระบบการไหลเวียนโลหิต ผนังเส้นเลือดจะแข็งและขาดความยืดหยุ่นเนื่องจากมีไขมันเกาะตามผนังเส้นเลือด เมื่ออายุ 75 ปี หัวใจและลิ้นหัวใจจะมีความยืดหยุ่นลดลงเมื่ออายุ 90 ปี จะมีแรงสูงจืดลดลง 50% ปฏิบัติการต่อต้านภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ก็ลดลง ทำให้เจ็บป่วยง่ายและรุนแรง

ระดับสติปัญญา ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำเหตุการณ์ปัจจุบัน (recent memory) ส่วนความจำในอดีต (remote memory) จะยังดีอยู่โดยความเสื่อมของระดับสติปัญญาจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

จากความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ นำมาซึ่งความเจ็บป่วย จากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2531) พบว่าในช่วงอายุ 70-74 ปี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 60.8 ส่วนปัญหาด้านการเงินคิดเป็นร้อยละ 44.51 ปัญหาครอบครัวและญาติพี่น้องร้อยละ 20.51 และปัญหาความวิตกกังวลร้อยละ 20.08 นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2532) พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งพบถึงร้อยละ 40 ร้อยละ 34 มีปัญหาสุขภาพทางด้านสุขภาพกายร้อยละ 13 มีปัญหาสุขภาพทางจิตใจ และร้อยละ 11 ไม่มีปัญหาอะไร จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงอันนำมาซึ่งการเกิดโรคและความผิดปกติ และจากการรายงานของสถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2529) พบว่าปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุคือ โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อ รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุในชนบทมีโรคมามากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี จะยังเป็นบุคคลที่ยังมีประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี สามารถดูแลตนเองและทำงานได้ เมื่ออายุ 70-74 ปี จะพบว่าร่างกายอ่อนแอลงร้อยละ 84.5 จนเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย

เสื่อม และถือว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ และต้องให้คนช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (นิศา ชูโต, 2525; จารุวรรณ เหมธร, 2526; บรรลุ ศิริพานิช, 2531; Caffrey, 1991) ซึ่งใกล้เคียงกับ Coleman (1994) ที่กล่าวว่า ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ และ Haug (1994) รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ต้องการการดูแลด้านร่างกายระยะยาว

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียต่าง ๆ ดังนี้ (อัมพร โอตระกูล, 2527; สุรกุล เจนอบรม, 2534)

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิตญาติสนิท เพื่อนสนิท ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก และก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้

การเสียสัมพันธภาพในครอบครัวในวัยสูงอายุ บุตรมักจะมีครอบครัวแยกย้ายกันไปอยู่ที่อื่น สภาพสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงจากสภาพครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทในการดูแลและเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานของผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดความเหงาว่าเหว่

การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย และมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลงและยิ่งถ้าขาดผู้ดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดแรงห่อเหี่ยวเพิ่มขึ้น (นิรนาท วิชชิตติคุณ, 2534; สุรกุล เจนอบรม, 2534)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

นอกจากความเสื่อมของร่างกาย และความแปรปรวนทางด้านจิตใจแล้วการเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวและถ้าสภาพสังคมเน้นความสำคัญและความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่า คนสูงอายุ ก็จะมีรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าเป็นภาระแก่สังคม ในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยว โดยเฉพาะในสังคมเมือง ทั้งนี้เพราะประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ จึงเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตที่สำคัญ สังคมชนบทเริ่มกลายเป็นสภาพสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ต้องดิ้นรนหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีการแข่งขันสูง การพึ่งพาอาศัยกันน้อยลง ยึดถือความมีอิสระ



ส่วนบุคคลสูง เกิดช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่และผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความเคารพ ขาดการยอมรับ และดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียอำนาจและคิดว่าตนเองเป็นภาระของ บุตรหลานที่ให้การดูแล การปลดเกษียณ และการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม เป็นการลดบทบาทการเกี่ยวข้องกับสังคม ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทใน สังคมมาก่อนอาจเกิดความเครียดขึ้นได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2528; สุรกุล เจนอบรม, 2534)

จะเห็นได้ว่าปัญหาที่สำคัญอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจและสุขภาพนั้นว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็มีผลต่อ ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางเศรษฐกิจ และ สุขภาพก็อาจมีผลให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุถูกระทบกระเทือน (นภาพร ขโยวรรณ และคณะ, 2532) ซึ่งจากสภาพการณ์เช่นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวและเปลี่ยนบทบาทมาเป็น ผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือและดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกัน แม้ว่าสภาพสังคมและ รูปแบบครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลในครอบครัวก็ได้ทอดทิ้งผู้สูงอายุ แต่กลับให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุดังรายงานของ นภาพร ขโยวรรณ และคณะ (2532) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกือบร้อยละ 90 ต้องการการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการการ ดูแลส่งเสียจากบุตร จะเพิ่มขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้นคือ ผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี 65-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป ต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตรร้อยละ 87 89 และ 92 ตามลำดับ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ความหมายของการดูแล ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลไว้หลายท่านดังนี้

Mayeroff (1971) กล่าวว่า การดูแลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจน ถึงระดับที่เกิดความพอใจ เกิดความสำเร็จแห่งตน (actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม อย่างมีความสุข และมีคุณค่า (Mayeroff, 1971 อ้างใน พยคม อยุสวัสดิ์, 2539)

พยคม อยุสวัสดิ์ (2539) กล่าวว่า การดูแลเป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อ บุคคลตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคมโดยมีความเมตตาความเอื้ออาทร ความ สนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต และสรรพสิ่ง

องค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดเหล่านี้มี 8 ประการคือ (Mayeroff, M., 1971 อ้างใน พยอ ม อยู่สวัสดิ์, 2534)

1. ความรู้ ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือรู้จักบุคคล และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ
2. ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล
3. ความไว้วางใจ ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่รับการดูแลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้ที่จะไม่ใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล
5. ความอดทน ผู้ให้การดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิด และตัดสินใจด้วยตนเองให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
6. ความหวัง เป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
7. ความกล้าหาญ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรี และสิทธิของบุคคล
8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนวมีการปรับปรุงและเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน

มีแนวคิดพื้นฐานที่สามารถอธิบายว่าทำไมคนจึงช่วยเหลือผู้อื่น อันนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้แก่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

1. Bystander Effect ปรากฏการณ์นี้หมายถึง การที่มีผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่บุคคลรอบข้างจะดูเหมือนว่าไม่ได้เป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่ง ที่จะลงมือช่วยเหลืออย่างจริงจังทั้ง ๆ ที่ความจริงก็อยากจะช่วยเหลืออยู่อย่างเต็มที่
2. ลักษณะของผู้ถูกช่วยเหลือ โดยทั่วไปผู้ที่มีโครงสร้างทางร่างกายที่ตั้งดูตความสนใจจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเป็นอย่างตึมากกว่า

3. ความคล้ายคลึงกันในด้านต่าง ๆ เช่น ผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ที่เป็นบุคคลในครอบครัว เป็นญาติหรือเป็นพี่น้อง มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด หรือเป็นบุคคลเชื้อชาติเดียวกันจะให้ความช่วยเหลือกันมากกว่า

4. แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) แบ่งเป็น 2 ประการคือ

4.1 Egoistic motivation เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือโดยคาดว่าจะได้รางวัล ค่าจ้าง การยอมรับจากสังคม ค่าชม หรือการป้องกันคำครหาในทาง

4.2 Altruistic motivation เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความเป็นญาติ ความสัมพันธ์ในอดีต ความคล้ายคลึงกันในด้านต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ ความเชื่อ ระหว่างผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ

ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ญาติผู้ดูแลที่บ้าน ภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า 'Family Caregiver' หรือ 'Informal Caregiver' หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ต้องการการดูแลที่บ้าน โดยต้องพิจารณาในสิ่งเหล่านี้

1. ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์โดยการมีความเป็นญาติ หรือแม้แต่มิตรภาพที่มีความสำคัญในชีวิตกับผู้รับการดูแล
2. ผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ มีผลต่อการกระทำกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแพทย์ โดยต้องเกิดขึ้นและตอบสนองอย่างต่อเนื่อง
3. มุ่งเน้นเฉพาะความช่วยเหลือดูแลโดยไม่คิดหวังที่จะรับค่าตอบแทนใด ๆ
4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนที่อยู่อาศัยไม่ใช่ในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล

การให้ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน ยังอาจจำแนกได้ตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล (Selected Committee on Aging อ้างใน ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) โดยกล่าวคือ ผู้ดูแลลำดับแรก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลโดยตรง สม่่าเสมอต่อเนื่องกว่าผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติ

ต่าง ๆ เข้าช่วยการเป็นผู้ดูแลแต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง หรืออาจให้การดูแลแทนผู้ดูแลลำดับแรก เป็นครั้งคราว แต่การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลนั้นมีความยากลำบากในการพิจารณาตัดสินใจเลือกตัวผู้ดูแลที่จะนำมาศึกษา ซึ่งเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่ง (ยูพาพิน คิวโพธิ์งาม, 2539) อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้เน้นที่ Primary caregiver ที่เป็นผู้ดูแลหลักเท่านั้น โดยอาศัยการยอมรับทั้งจากตัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคู่บพาทซึ่งกันและกันจากการบอกเล่าของทั้ง 2 ฝ่าย

ความต้องการการดูแลและภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ

ความต้องการการดูแลซึ่งถือเป็นภาระความรับผิดชอบของผู้ดูแลเป็นผลมาจาก สาเหตุ 3 ประการคือ (ยูพาพิน คิวโพธิ์งาม, 2539)

1. ข้อจำกัด หรือความบกพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental activities of daily living) ก็ตาม ซึ่งกิจกรรมหรืองานที่เกิดขึ้นจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายมักจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถวางแผน คาดการณ์ และจัดเวลาด่วงหน้าได้

2. ปัญหาความพร่องทางด้านความคิด สติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถคาดคะเนสถานการณ์ได้ล่วงหน้า ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนการให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลที่มักเกิดขึ้นตลอดเวลานั้นขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้รับการดูแล

ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Caregiver Burden)

เมื่อผู้ดูแลต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ดังนั้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแล จึงเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบ เพิ่มขึ้นจากบทบาทหน้าที่ตามปกติ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (Horowitz A., 1985)

1. การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเสื่อมถอยทางสติปัญญา เช่น การหลง ภาวะซึมเศร้า
2. การให้การดูแลสนับสนุนด้านอารมณ์ และจิตใจเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ได้รับการดูแล
3. เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานระหว่างบุคลากร หรือสถานพยาบาล
4. เป็นผู้จัดหาและให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ (Financial support)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกายและลดบทบาททางสังคม (Hogstel, 1994) ทำให้เกิดปัญหา และความต้องการตามมามากมาย ผู้สูงอายุจึงมีความคาดหวังที่จะมีผู้ให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าว ซึ่งความคาดหวังโดยทั่วไป จะเกิดจากความต้องการของบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีสภาพที่ขาดสมดุลภายในร่างกายและจิตใจ บุคคลก็จะมีความต้องการเกิดขึ้น ซึ่งความต้องการเหล่านั้นจะเป็นแรงขับหรือแรงจูงใจให้บุคคลมีความคาดหวังที่จะได้รับการตอบสนองของความต้องการนั้น (สุรางค์ จันทรเฒ, 2524; Atkinson et al., 1983)

Blair (1993) ให้ความหมายของความคาดหวังว่าหมายถึง ค่านิยมทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อผลของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

Webster's third new international dictionary (1986) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าเป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะเกิดขึ้นหรือได้รับอย่างเฉพาะเจาะจงไว้ล่วงหน้า

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2530) กล่าวว่าความคาดหวังหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ว่า การกระทำอย่างหนึ่งของตนควรจะนำไปสู่ผลของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

จึงพอสรุปได้ว่าความคาดหวัง (Expectation) เป็นความคิดความรู้สึกความต้องการหรือความมุ่งหวังของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ หรือการกระทำ ซึ่งเป็นการคิดไว้ล่วงหน้า โดยที่บุคคลจะมุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ และมุ่งหวังว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามที่ตนหวังไว้ ทั้งนี้ความคาดหวังจะขึ้นอยู่กับความต้องการ และเป็นไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งความคาดหวังของแต่ละบุคคลจะมีอยู่ในระดับที่ไม่เท่ากัน แต่โดยทั่วไปบุคคลจะมีความคาดหวังตามความเป็นไปได้ ซึ่งระดับของความคาดหวังจะใกล้เคียงกับบรรทัดฐานของสังคมที่คนนั้นอาศัยอยู่ โดยที่ความคาดหวังอาจจะสูงหรือต่ำกว่าบรรทัดฐานของสังคม (Norm) เล็กน้อย (สุรางค์ จันทรเฒ, 2524; สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2530; สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533) จาก

แนวคิดที่กล่าวข้างต้นว่าด้วยความคาดหวังเป็นตัวกำหนดให้บุคคลเกิดความต้องการดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลภายในครอบครัว จึงมีความคาดหวังที่จะมีผู้ให้การตอบสนองความต้องการ ซึ่งความต้องการของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุ (Special need of the aged) ที่ Ebersole (1990) ได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีความต้องการของ Maslow (Maslow hierarchy of needs) ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความต้องการทางด้านร่างกาย เพื่อประคับประคองให้มีชีวิตอยู่รอดต้องการความสะดวกสบายรวมทั้งยาที่ใช้ในยามร่างกายเจ็บป่วย
2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย เป็นความต้องการที่จะรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของร่างกาย ความต้องการความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการปกป้องอันตรายต่าง ๆ และความมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ
3. ความต้องการความรัก และความเป็นเจ้าของ ผู้สูงอายุต้องการที่จะมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นต้องการความใกล้ชิดสนิทสนม การปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีส่วนร่วมในสังคม
4. ความต้องการการมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุต้องการการมีสิทธิในการควบคุมการมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ การได้ดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรม และความเชื่อแห่งตน การได้รับการยกย่องให้เกียรติในด้านความคิด และการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม
5. ความต้องการการประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุต้องการมีความสมบูรณ์ในบทบาทของตน ต้องการสร้างสรรค์ การได้ถ่ายทอดหรือเชื่อมต่อประสบการณ์ ความดีงามหรือทรัพย์สิน มรดกไปสู่ลูกหลานและต้องการที่จะตายอย่างมีความหมาย

สำหรับผู้ดูแลซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าตนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จะมีการเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทที่สังคมคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมไทยที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาว่า ผู้ดูแลควรมีบทบาทอย่างไรต่อการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นผู้ดูแลก็จะปรับบทบาทให้เป็นไปตามวิถีทางตามความต้องการของตนเอง ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับบทบาทที่สังคมคาดหวังมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล โดยความต้องการของผู้ดูแลจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ และทำให้มีแนวโน้มที่ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้สูงอายุตามที่ตนคาดหวัง (Allport, 1961; Roy and Robert, 1981; Atkinson et al., 1983)

ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เมื่อผู้ดูแลได้รับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไปในสังคมผู้ดูแลจะมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ดูแลจะพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุ

จากบทบาทที่บุคคลอื่นปฏิบัติ ความคาดหวังของบุคคลอื่นและความคาดหวังของสังคมแล้วผู้ดูแลก็จะมีการยอมรับในบทบาทนั้น รวมทั้งปรับเป็นบทบาทการดูแลที่ตนควรปฏิบัติ และมีการปฏิบัติบทบาทนั้นตามมาเรื่อย ๆ (Roy and Roberts, 1981) เมื่อผู้ดูแลได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการดูแลที่ตนได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุว่าตนได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไร และเมื่อการแสดงบทบาทในฐานะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นไปตามความคาดหวัง หมายถึงผู้ดูแลไม่มีความยากลำบากในการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแล นั่นคือความคาดหวังในบทบาท (Role Expectation) กับการแสดงบทบาทที่เป็นจริง (Actual Role) มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน จึงไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในการแสดงบทบาท (Stuart and Sundeen, 1987)

จะเห็นได้ว่าการแสดงบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ฝ่าย โดยที่ฝ่ายหนึ่งเป็นผู้แสดงบทบาท หรือเรียกว่าผู้ครองบทบาท (Role occupant) ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทตรงกันข้ามกับผู้ครองบทบาท แต่จะมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งเรียกว่า คู่บทบาท (Role partner) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุ การแสดงบทบาทในสังคมจะสำเร็จแต่เพียงฝ่ายเดียวไม่ได้ จะต้องอาศัยความร่วมมือกันของทั้ง 2 ฝ่าย โดยที่แต่ละฝ่ายจะต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทที่สังคมคาดหวัง (Role Expectation) และมีการแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่เป็นจริง (Actual Role) ตอบสนองซึ่งกันและกัน ในการแสดงบทบาทจะเหมาะสมเพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการแสดงบทบาท (Role Competence) ถ้ามีการแสดงบทบาทได้เหมาะสมสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม ก็จะสามารถประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาทนั้น ๆ (Hardy and Conway, 1988) ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยที่มีผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นคู่บทบาทซึ่งกันและกัน ซึ่งจะได้กล่าวถึงบทบาท และความเครียดในบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลต่อไป

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีบทบาท

Cleark and others (1979) ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำเมื่อเข้าครอบครองตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งรวมทั้งหน้าที่ตามตำแหน่งและตามความคาดหวัง

Mitchell (1983) กล่าวว่า บทบาทเป็นสิ่งที่ถูกคาดหวังในตำแหน่งหรือสถานการณือย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลหนึ่งอาจมีได้หลายบทบาท

Lum (1979) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่า เป็นหน้าที่ที่บุคคลหนึ่งพึงกระทำเมื่อเข้าครอบครองตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งรวมถึงหน้าที่ตามตำแหน่ง และความคาดหวังโดยเกี่ยวข้องกับบุคคลและสังคม และการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับเกณฑ์ปกติ (Norm) ของสังคมด้วย

Mac.Donald and Schellenberg (1971) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่า

1. บทบาท หมายถึง เกณฑ์ปกติ (Norm) .. ความคาดหวัง (Expectation) ข้อห้าม (Taboos) ความรับผิดชอบ (Responsibilities) และลักษณะอื่น ๆ เกี่ยวกับตำแหน่งที่สังคมกำหนด จะเห็นได้ว่าในความหมายนี้ บทบาทหมายถึงหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำ

2. บทบาท หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งพึงคิดและกระทำเพื่อตำแหน่งอื่น ๆ ในความหมายนี้ บทบาทเป็นความคาดหวังของบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ ต่อบทบาทที่ตนเองต้องประพฤติปฏิบัติ

3. บทบาท หมายถึง แนวทางที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้น ๆ ในความหมายนี้ บทบาทคือ การที่บุคคลผู้ดำรงตำแหน่งประพฤติปฏิบัติบทบาทตามความคาดหวังของสังคมที่กำหนดไว้สำหรับตำแหน่งนั้น ๆ

Joo et.al. (1985) กล่าวว่า บทบาทเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติตามความคาดหวังของสังคมตามตำแหน่งของตนในสังคม

Hardy and Conway (1988) กล่าวว่า บทบาทหมายถึงความคาดหวังที่ควรจะเป็น รูปพรรณ ลักษณะต่าง ๆ คุณค่า และพฤติกรรม ซึ่งสัมพันธ์กับตำแหน่งทางสังคม

สุพัตรา สุภาพ (2526) ให้ความหมายของบทบาท ว่าเป็นการปฏิบัติตามสิทธิ และหน้าที่ของสถานภาพหรือตำแหน่ง

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2533) กล่าวว่า บทบาทคือการกระทำตัวตามสถานภาพที่เป็นอยู่

จึงสรุปว่า บทบาท คือ พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อดำรงอยู่ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในสังคม ซึ่งการแสดงบทบาทนั้นเป็นผลมาจากกระบวนการทางสังคมระหว่าง บุคคลนั้นกับบุคคลอื่นในสังคม โดยบุคคลจะแสดงบทบาทตามความคาดหวังและการรับรู้ของตน หรือตามความคาดหวังของสังคม

การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท

การที่บุคคลจะปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ดีเพียงใดย่อมมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะของบทบาทที่เกิดขึ้น Mitchell (1983) อธิบายกระบวนการเกิดบทบาทไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มมีความคาดหวังต่อบทบาทของตำแหน่งนั้น ๆ (Group expectations for a particular position) เป็นขั้นของการคาดหวังต่อบทบาทใดบทบาทหนึ่ง (Role expectation) ซึ่งจะคล้ายคลึงกับบทบาทอุดมคติ (Ideal roles) ของสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องว่า ผู้ที่ดำรงตำแหน่งนั้นควรมีบทบาทอย่างไร

2. มีการสื่อสารเกี่ยวกับความคาดหวังนั้น (Communication about expectations) เป็นขั้นของการสื่อสารเกี่ยวกับ ความคาดหวังนั้น ๆ ให้แก่บุคคลอาจจะโดยการปฐมนิเทศ การฝึกอบรม

3. การรับรู้ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาท (Perceived expectations about role) เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมต่อบทบาทแห่งตนแล้วก็จะเกิดการรับรู้ และสามารถคาดหมายถึงบทบาทที่ตนจะต้องแสดงออก เป็นขั้นที่บุคคลต้องคำนึงว่าต้องทำอะไร และควรจะทำอะไรโดยใช้วิจารณญาณของตน

4. มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามบทบาท (Actual role behavior) เป็นขั้นที่บุคคลแสดงบทบาทออกมา ซึ่งอาจจะเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมหรือไม่ แตกต่างอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และความหมายต่อบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลจากขั้นที่ 3

Mitchell ได้กล่าวด้วยว่า ปัญหาที่เกิดจากการดำรงบทบาท (Role problem) นั้นเกิดการแสดงออกที่แท้จริงของบทบาทอาจจะไม่เป็นไปตามความคาดหวังของกลุ่มหรือสังคมซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายประการ เขาได้แบ่งปัญหาจากการดำรงบทบาทออกเป็น 3 ชนิด คือ ความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท ความมากเกินไปของบทบาท

Allport (1961) กล่าวว่า การแสดงออกในขณะที่ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่อไปนี้

1. Role Expectation คือ บทบาทที่มีอยู่ในสังคม โดยบุคคลในสังคมเป็นผู้คาดหวังให้บุคคลที่ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งปฏิบัติเมื่อดำรงตำแหน่งนั้น

2. Role Conception คือ การที่บุคคลกำหนดหรือคาดหวังว่า ตนเองควรจะมีบทบาทอย่างไร โดยเขาจะวาดภาพบทบาทของเขาตามวิถีทางของเขาเอง ซึ่งอาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมก็ได้

3. Role Acceptance คือ การยอมรับบทบาทของบุคคล ซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่เขาได้มองเห็นแล้วว่า บทบาทนั้นมีความสำคัญต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นคง อบอุ่น หรือว่าเกิดความขัดแย้งกับแนวทางที่สังคมกำหนดไว้น้อยที่สุด

4. Role Performance คือ การปฏิบัติตามบทบาทของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับการผสมผสานบทบาททั้ง 3 ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

แนวคิดทฤษฎีบทบาท

ทฤษฎีบทบาท ประกอบด้วย 2 ทฤษฎีที่ใช้บทบาทเป็นแนวคิดพื้นฐาน คือ ทฤษฎีสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ (Symbolic interaction role theory) ทฤษฎีโครงสร้าง (Social structural role theory) ทั้ง 2 ทฤษฎีมีการใช้แนวคิดเกี่ยวกับ บทบาท พฤติกรรมบทบาท บรรทัดฐาน การควบคุมทางสังคม และสถานภาพเหมือนกัน

ทฤษฎีสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ ให้ความสำคัญกับความคิดของมนุษย์ควบคุมการตอบสนองหรือเลือกตอบสนอง โดยเป็นผลจากการที่บุคคลแปลความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออก และสัญลักษณ์ที่แสดงในกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม และให้ความสำคัญกับทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีผลต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของบุคคลนั้นด้วยการแสดงบทบาทจึงเป็นการที่บุคคลรับเอาความหมายในท่าทาง และพฤติกรรมของบุคคลอื่นมาเลือกแสดงเป็นพฤติกรรมของตนเอง

ทฤษฎีโครงสร้าง เป็นแนวคิดของรูปแบบการเข้าไปเกี่ยวข้องในสังคม บทบาทเปรียบเสมือนบรรทัดฐานที่ถูกถ่ายทอดมาตามกระบวนการสังคมประกิด (Socialization) ความคิดของบุคคลมีอิทธิพลจากจิตใต้สำนึกของตนเอง (egoism) และความคิดที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น การอยู่ภายใต้สังคมของบุคคลในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นบุคคลจึงถูกคาดหวังให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของสังคม บุคคลไม่สามารถอยู่ได้ตามลำพังคนเดียวจึงต้องเรียนรู้บทบาทของกันและกัน โดยต้องปฏิบัติตามระเบียบแบบแผน ฐานะ และบทบาทของบุคคลนั้น ๆ จึงเกิดเป็นความสัมพันธ์ของบุคคล 2 ฝ่าย โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ครองบทบาท (Role occupant) ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งคือ คู่บทบาท (Role partner) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องพึ่งพากับผู้ครองบทบาทนั้น การแสดงบทบาทของบุคคลจะสำเร็จแต่เพียงฝ่ายเดียวไม่ได้ต้องอาศัยการ

ร่วมมือกันของคู่บทบาท ซึ่งจะต้องมีความเข้าใจและแสดงปฏิกริยาตอบสนองซึ่งกันและกันตามบทบาทที่คาดหวัง (Role expectation) ซึ่งเป็นบทบาทตามบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดไว้ว่า ผู้ที่อยู่ในสังคมนั้น ๆ ควรปฏิบัติอย่างไรทั้งนี้การจะแสดงบทบาทตามที่คาดหวังได้มากน้อยเหมาะสมเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการแสดงบทบาท (role competence) ของคู่บทบาทนั้น ทั้งนี้สิ่งที่จะทำให้ความสามารถในการแสดงบทบาทสูงขึ้น ขึ้นอยู่กับการมีสัมพันธภาพที่ดีและการใช้เหตุผลดี จะเห็นว่าบทบาทเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่งหรือสถานภาพของบุคคลซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมทั่วไป ... ถ้าตำแหน่งหรือสถานภาพเปลี่ยนไป บทบาทก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย ถ้าบุคคลในสังคมมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมมากขึ้นเท่าใด บทบาทก็จะเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

ข้อแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ศึกษาบทบาทในรูปแบบสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ และรูปแบบของ โครงสร้างคือ การให้ความหมายของบทบาทและพฤติกรรมที่แสดงถึงบทบาทนั้น ๆ ทั้งนี้เพราะบทบาทในแง่สัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ จะมอง “ความหมาย” ของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของผู้แสดงบทบาทในขณะที่บทบาทในแง่โครงสร้างจะให้ความสำคัญของ “ความคาดหวัง” ของสังคมมากกว่า “ความหมาย” ของบทบาท

สมาชิกในครอบครัว จะมีบทบาทตามสถานภาพในครอบครัวของตน บทบาทนี้เป็นบทบาทความเกี่ยวพันทางเครือญาติหรือ Kinship Relationship (ถวิล ธารโกชน, 2532) ดังนั้นในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (ผู้ครองบทบาท) และผู้สูงอายุ (คู่บทบาท) จะเหมาะสมตามความคาดหวังของสังคมได้นั้น ทั้งคู่จะต้องมีการเรียนรู้ว่าสังคมคาดหวังให้มีการแสดงบทบาทต่อกันอย่างไร และจะต้องมีการแสดงบทบาทให้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวังไว้ ตามความสามารถของตน

การดูแลผู้สูงอายุและบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว

รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อศึกษาและวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2525-2544) โดยได้กำหนดทิศทางของแผนสำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการพื้นฐานไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่นได้รับการเอาใจใส่เคารพนับถือ

2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และถ้าไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวควรได้รับการดูแลจากสังคม
3. ผู้สูงอายุควรจะได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย และได้รับการตรวจรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย รวมทั้งข่าวสารการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของสังคม เพื่อให้ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมรอบตัว
4. ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชนตามความถนัด เพื่อการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมต่าง ๆ และให้เกิดความมีคุณค่าแห่งตน

จากผลการวิจัยภายในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแล (Caregiver) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือเขตเดียวกันกับผู้สูงอายุ และให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุเกี่ยวกับกินอยู่ด้วยกัน ให้เงิน ให้อาหารและเสื้อผ้า จ่ายค่ารักษาพยาบาล เยี่ยมเยียน ช่วยทำงานหรือช่วยในกิจการ ดูแลยามเจ็บป่วย (เนภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2535; ศิริวรรณ ศิริบุญและมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2535; ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2536)

ในต่างประเทศ Stone et.al. (อ้างใน Intriери and Rabb, 1994) ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ไร้สมรรถภาพอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พบว่า มีกิจกรรมได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การให้ยา การทำงานบ้าน การเดินทาง การซื้อของ และการช่วยเหลือด้านการเงิน

บรรลุ ศิริพานิช (2533) กล่าวถึงบทบาทการให้การดูแลผู้สูงอายุว่ามีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือความพิการต่าง ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยบริการขั้นพื้นฐานประกอบด้วย ความอบอุ่น อาหารที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม การดูแลสุขภาพ

Ebersole and Hess (1990) กล่าวว่าความช่วยเหลือผู้สูงอายุนั้นสามารถช่วยเหลือได้จากหลาย ๆ สถาบัน แต่สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การดูแลได้มากที่สุด โดยแบ่งประเภทการดูแลไว้ 6 ประเภทคือ การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือด้านการเงิน การช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยเหลือด้านธุรกิจ การช่วยเหลือด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านพิธีกรรม

Hogstel, 1994 กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลดังนี้ ให้การปรับประครองด้านจิตใจอารมณ์เข้าใจและปรนนิบัติ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เช่น เงิน การช่วยงานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในบทบาท

ความเครียดในบทบาท (Role stress หรือ Role strain) มีพื้นฐานมาจากการศึกษาถึงปัญหาในการดำรงบทบาท (Role problems) ซึ่งมีแนวคิดในการศึกษา 2 แนวคิด คือ

1. แนวคิดตามทฤษฎีบทบาทที่พัฒนามาจากศาสตร์ทางสังคม และการทำงานที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ รวมทั้งจิตวิทยาในสังคมศาสตร์
2. แนวคิดตามทฤษฎีของการบริหารองค์การ เป็นการพัฒนาจากลำดับขั้นของการวิจัย เพื่อประยุกต์ความรู้ในการอธิบายบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพอนามัย (Hardy & Conway, 1988) มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทไว้ พอสรุปได้ดังนี้

Mitchell (1983) ได้กล่าวถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำรงบทบาท (Role problems) ไว้ว่าในการดำรงบทบาทนั้น การแสดงออกที่แท้จริงของบทบาทอาจจะไม่เป็นไปตามความคาดหวังของกลุ่มหรือสังคม ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายประการ เขาได้แบ่งปัญหาจากการดำรงบทบาทเป็น 3 ชนิด คือ ความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท และความมากเกินไปของบทบาท

Stuart และ Sundeen (1987) กล่าวถึง ความกดดันในบทบาท (Role strain) ว่าเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสัมพันธ์กับบทบาทหรือตำแหน่งที่ถูกคาดหวัง เป็นความรู้สึกคับข้องใจ หรือเบื่อหน่ายในการแสดงบทบาท ความกดดันในบทบาทนี้ประกอบด้วย ความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท และความมากเกินไปของบทบาท

Hardy & Conway (1988) กล่าวว่าความเครียดในบทบาท (Role stress) ว่าเป็นความสัมพันธ์อย่างมากกับความกดดันในบทบาท (Role strain) เป็นคำที่มีความหมายเดียวกัน คือเป็นความรู้สึกถึงการดำรงบทบาทที่มีความยากลำบาก หรือดำรงบทบาทนั้นไม่ได้ และเมื่อพิจารณาถึงของเขตของความเครียดในบทบาทจะมีความแตกต่างกัน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้

จำแนกความเครียดในบทบาทจากการวิเคราะห์ทฤษฎีและงานวิจัยออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความไม่สอดคล้องกับบทบาท (Role incongruity) เกิดจากอัตมโนทัศน์ และค่านิยมส่วนตัวขัดกันกับความคาดหวังในบทบาท 2) ความขัดแย้งในบทบาท เกิดจากความคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาท หรือระหว่างบุคคล 3) การดำรงบทบาทมากเกินไป เกิดจากการที่ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ตามเวลาที่มีอยู่ได้ทั้งหมด 4) ความคลุมเครือในบทบาท เกิดจากความคาดหวังในบทบาทไม่ชัดเจน

จะเห็นได้ว่าขอบเขตของความเครียดในบทบาทของนักทฤษฎี มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ความเครียดในบทบาทขึ้นกับบริบททางสังคม ที่พบได้บ่อยคือ การดำรงบทบาทมากเกินไป ความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือในบทบาท (Biddle, 1979; Stuart & Sundeen, 1987; Hardy & Conway, 1988) อ้างตาม สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536) โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งต้องอุทิศเวลาให้กับการดูแลผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นผู้อ่อนแอ ผนวกกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาท งานอาชีพ ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบอื่น ๆ จึงทำให้เกิดปัญหาในการดำรงบทบาท (Role problem) ซึ่งสามารถวัดได้จากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านตามที่กล่าวมาข้างต้น

กล่าวได้ว่าความเครียดในบทบาท (Role strain or Role stress) ซึ่งผู้วิจัยใช้ในความหมายเดียวกันดังกล่าวเป็นผลมาจาก การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่บทบาท หรือความสัมพันธ์ระหว่างคู่บทบาท ปัญหาที่เกิดจากความเครียดในบทบาทที่พบได้บ่อยคือ การดำรงบทบาทมากเกินไป ความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือในบทบาท ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดใน 3 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความขัดแย้งในบทบาท

ความขัดแย้งในบทบาทเป็นภาวะที่บุคคลถูกคาดหวังให้แสดงบทบาท หรือพฤติกรรมหลายอย่างที่ขัดแย้งกัน (Stuart & Sundeen, 1987; Hardy & Conway, 1988) บทบาทที่ขัดแย้งอาจเกิดขึ้นเมื่อความต้องการภายใน แรงขับ แรงจูงใจ อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ไปด้วยกัน หรืออาจเกิดเพราะ แรงขับหรือความต้องการภายในลักษณะตรงกันข้ามกับแรงขับภายนอก

ความขัดแย้งในบทบาทอาจเป็นเหตุให้บุคคลสูญเสียความพึงพอใจในงาน (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 1982 อ้างใน ศุกรใจ เจริญสุข) แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. ความขัดแย้งในตัวผู้รับสาร (Intra Sender) เป็นภาวะที่ความคาดหวังต่อบทบาทของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดความขัดแย้งกันเอง
2. ความขัดแย้งระหว่างผู้รับสาร (Inter Sender) เป็นภาวะที่ความคาดหวังต่อบทบาทของบุคคลหนึ่งมีความขัดแย้งกับความคาดหวังของอีกบุคคลหนึ่ง
3. ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Inter Role) เป็นภาวะที่ความคาดหวังต่อบทบาท 2 บทบาท หรือมากกว่านั้นมีความขัดแย้งกันเองในบุคคลเดียวกัน

2. ความคลุมเครือในบทบาท

ความคลุมเครือในบทบาท เป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทอย่างไรก็ตามอย่างหนึ่งไม่ชัดเจน ไม่มีข้อตกลงเป็นเสียงเดียวกัน การให้คำนิยามไว้เลื่อนลอย ทำให้ผู้ดำรงบทบาทไม่ทราบว่าตนจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม (ทัศนา บุญทอง, 2525) นอกจากนี้รวมถึงการขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง และความสับสนที่เกิดขึ้นจากความคลุมเครือในบทบาทนี้ สามารถสร้างความเครียดให้กับบุคคลได้ (Stuart & Sundeen, 1987) ความคลุมเครือในบทบาทนี้เป็นสิ่งสำคัญในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลทั้งนี้เพราะถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือไม่ทราบว่าจะปฏิบัติบทบาทของตนอย่างไร ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแล และทำให้ผู้ดำรงบทบาทนั้นเกิดความเครียด รุจา ภูไพบูลย์ (2537) ได้กล่าวว่า สาเหตุของความคลุมเครือในบทบาทอาจเกิดจากผู้ครองบทบาทนั้นมารับบทบาทใหม่ ยังไม่มีความรู้ถึงความคาดหวังที่มีต่อบทบาทอาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จนทำให้บทบาทที่คาดหวังเปลี่ยนไป แต่ไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะปฏิบัติบทบาทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และอาจเกิดจากการที่ผู้แสดงบทบาทอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงจากบทบาทหนึ่งไปสู่บทบาทหนึ่งที่ไม่ชัดเจนของบทบาทซึ่งชัดเจนว่ามีความคาบเกี่ยวกันอย่างไร ควรจะเลือกปฏิบัติบทบาทนั้นอย่างไร เมื่อไร เป็นต้น จึงเกิดความคลุมเครือในบทบาทขึ้น เช่น ผู้ดูแลที่เป็นวัยรุ่น และต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ความมีบทบาทมากเกินไป

ความมีบทบาทมากเกินไปเป็นภาวะที่บุคคลดำรงบทบาท และถูกคาดหวังในหลายบทบาทเกินไปในเวลาที่กำหนด เป็นบทบาทที่มีมากเกินไปกว่าจะทำได้ และมีเวลาน้อยเกินกว่าที่จะทำให้สำเร็จ (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 1982 อ้างใน ศุภริใจ เจริญสุข) นอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อน และการที่บุคคลขาดทรัพยากรที่เพียงพอในการที่จะกระทำตามความคาดหวังของบทบาท อาจจะเป็นทรัพยากรทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ หรือ เศรษฐกิจ (Stuart & Sundeen, 1987) ความคาดหวังในบทบาทที่มากเกินไป แม้ว่าผู้ครองบทบาทจะสามารถแสดงบทบาทได้เหมาะสมตามที่ตนคาดหวัง แต่ความคาดหวังที่ผู้อื่นมีต่อตนในการครองบทบาทนั้น ๆ มีมากจนผู้ครองบทบาทไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน ก็ทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ครองบทบาทได้เช่นเดียวกัน ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์สังคมไทยถูกเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรมใหม่ สภาพครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว (นภาพร ธิโยวรรณ และคณะ, 2535; จันทรัตน์ ระเบียบโลก, 2538; Kosberg, 1992) สภาพการณ์เช่นนี้เห็นได้ชัดในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุยังคงอยู่และได้รับการดูแลจากครอบครัว ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกันมีเวลาจำกัดในการปฏิบัติบทบาทตามที่ตนและสังคมคาดหวัง ประกอบกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง และสถานะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ทำให้ผู้ดูแลขาดทรัพยากรที่จำเป็น เกิดความเครียดในบทบาทในมิติของความคาดหวังในบทบาทมากเกินไปได้

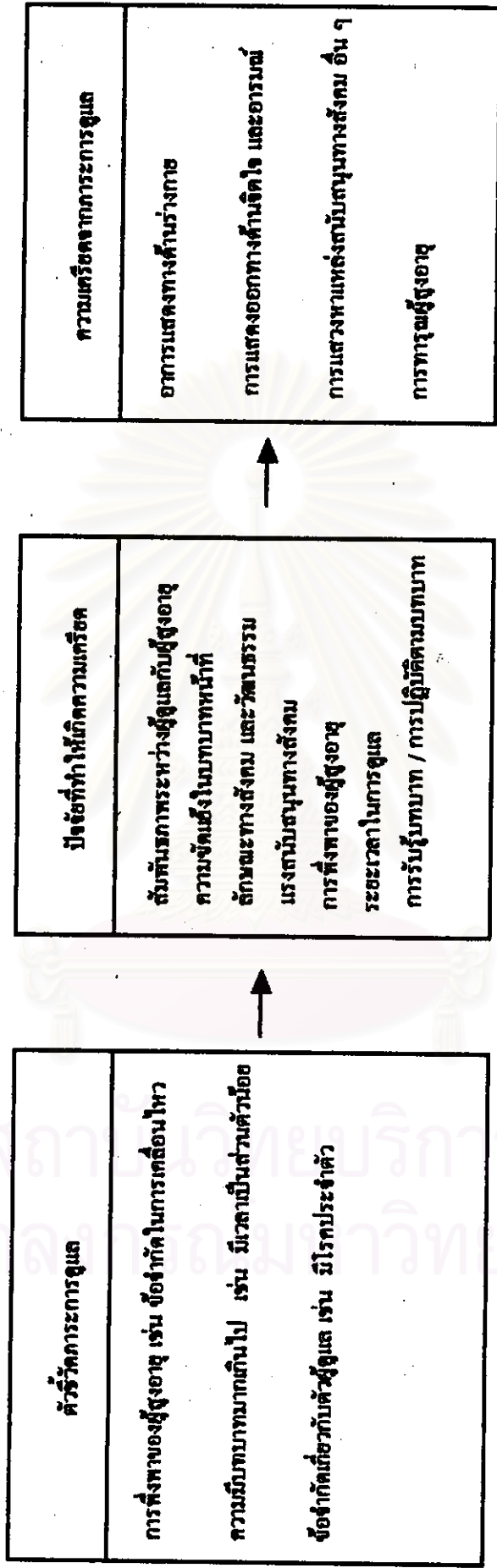
สรุปได้ว่า ความเครียดในบทบาท (Role Stress) เป็นคำศัพท์ที่ใช้บ่อยเกี่ยวกับการแสดงบทบาทที่ไม่เหมาะสม หรือการเกิดปัญหาในการแสดงบทบาท ภาวะเครียดในบทบาทนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่จากปัจจัยด้านโครงสร้างสังคม เป็นสาเหตุจากภายนอกบุคคลมากกว่าปัจจัยภายในบุคคลความเครียดที่เกิดขึ้นดังกล่าวมีผลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดในบทบาท (Role Strain) ซึ่งเป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาก ซึ่งเป็นความรู้สึกคับข้องใจ ตึงเครียด และวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ครองบทบาท และอาจมีผลถึงคู่บทบาทด้วย ภาวะเครียดในบทบาท (Role stress) หมายถึง ภาวะที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาท ทำให้ผู้แสดงบทบาทเกิดความรู้สึกเครียดในบทบาท (Role strain) ได้ ผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดในบทบาทจะมีอาการแสดงคล้ายกับผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดทั่วไป คือ มีอาการวิตกกังวล รู้สึกเครียด กระวนกระวาย เสียใจ และซึมเศร้า เป็นต้น อาการแสดงถึงภาวะเครียดนี้สามารถทราบได้จาก การตรวจทางสรีรวิทยา

เช่น ตรวจหาระดับสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด จะพบความผิดปกติของสาร Adrenalin Triglycerides Cholesterol และ Blood coagulation time เป็นต้น (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) มีอาการเด่นของหัวใจ อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน หายใจไม่ทั่วท้อง คลื่นไส้ ช่อนเพลีย เป็นต้น อาการแสดงทางด้านจิตใจ อารมณ์อื่น ๆ ได้แก่ มีการแสดงปฏิกิริยากับคนรอบข้างผิดปกติไป เช่น ไม่พูดไม่คุยกับใคร ไม่พอใจงานที่ทำ มีปัญหาสัมพันธภาพ เป็นต้น (Hardy and Hardy, 1988 อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์, 2537) คู่มือฉบับที่ 2 ประกอบ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1 ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ : สาเหตุและผลกระทบ (Caregiver stress : cause and effect)



แหล่งที่มา : Kennie D. C. Preventive Care for Elderly People. London : Cambridge University Press, 1993.

จากแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท และความเครียดในบทบาท พจนานุกรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไป โดยศึกษาข้อมูลจากแผนภูมิที่ 2 ประกอบด้วย ซึ่งสาระสำคัญของ Kennie (1993) กล่าวว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลจะขึ้นอยู่กับวิธีการดูแล ซึ่งถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดได้ทั้งทางด้านคลินิก และการช่วยเหลือทางสังคมก็ทำให้ความเครียดลดลงได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การดูแลบุคคลเหล่านี้จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล (Hoyert & Seltzer, 1992 อ้างใน วิภาวรรณ ชะอู่, 2536)

1.1 ความหมายของกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living)

มีผู้ให้ความหมายของกิจวัตรประจำวันไว้หลากหลาย ในแต่ละความหมายนั้นมีประเด็นหนึ่งที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นกิจกรรมที่กระทำด้วยตนเอง ดังนี้

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงเข้านอน (นภาพกรณ์ แก้ววรรณ, 2533)

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน การพลิกตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดิน และการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล (มยุรี เพชรอักษร, 2532)

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ เป็นต้น (Nair, 1989 อ้างใน ทศนีย์ รัชยา, 2537)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง และมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปด้วยดี

1.2 กิจกรรมของกิจวัตรประจำวัน

ทัศนีย์ รัชยา (2527) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเป็นความสามารถเฉพาะตนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลครอบคลุมกิจกรรมดังนี้

การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการใช้มือจับสิ่งของโดยขาดการทำงานร่วมกันระหว่างการใช้สายตา และการใช้มือจะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้วยตนเอง การตัดแปลงอุปกรณ์ เครื่องใช้ เช่น แก้ว ช้อน ส้อม ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายจะช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

การแต่งตัว ความสามารถในการแต่งตัวขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการทรงตัวของผู้สูงอายุ กิจกรรมเกี่ยวกับการแต่งตัวประกอบด้วย การหวีผม การโกนหนวด การสวมเสื้อผ้า และการสวมใส่เครื่องประดับ

การเดิน ผู้สูงอายุสามารถเดินได้ดีถ้ามีการทรงตัวที่สมดุล แต่โดยทั่วไปผู้สูงอายุส่วนมากจะมีแนวโน้มที่จะล้มได้ง่าย เนื่องจากความสามารถในการทรงตัวลดลง มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ความไวของ Reflex ลดลง สายตาเสื่อมลง มีภาวะสมองเสื่อม และการรับประทานยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิต ทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัวได้

การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องการทรงตัวมักจะไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการอาบน้ำโดยเดินเข้าห้องน้ำ และปฏิบัติกิจวัตรในส่วนนี้ได้ด้วยตนเอง

การขับถ่าย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ การช่วยเหลือเพื่อให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวก คือ การให้ออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีกากมาก การได้รับน้ำดื่มที่เพียงพอ การช่วยเหลือเกื้อหนุนทางจิตใจ และอารมณ์เพื่อผ่อนคลายความเครียด และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดมืดซิดและปลอดภัย ในเพศชายมักมีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยลงทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ประกอบกับมักมีต่อมลูกหมากโตจึงกีดขวางทางเดินปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะได้ครั้งละน้อยและต้องถ่ายบ่อย ในเพศหญิง การควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ดี

เนื่องจากกล้ามเนื้อซึ่งเกร็งเกรียนหย่อนกำลัง ทำให้กล้ามเนื้อบัสสาวะไม่อยู่เวลาไอหรือจาม บัสสาวะจึงเล็ดออกมาด้วยเหตุดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงมักบ่นว่าต้องบัสสาวะบ่อย บัสสาวะออกโดยไม่รู้สึกตัว และถ่ายบัสสาวะลำบาก

จะเห็นได้ว่าข้อจำกัดหรือความบกพร่องต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรคหรือความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งความพร่องทางสติปัญญา (Cognitive impairment) สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลงต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมากขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้พิจารณาถึงความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงโดยสามารถวัดและประเมินได้จากการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและโรคหรือความพิการต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว ซึ่งโดยปกติจะแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับการพึ่งพาน้อย ระดับการพึ่งพานปานกลาง ระดับการพึ่งพามาก และระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) สอดคล้องกับการแบ่งระดับการพึ่งพาตนเองในผู้สูงอายุของ Byrnes & Power, 1989 อ้างใน เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ซึ่งแบ่ง 4 ระดับ เช่นกัน คือ 1) กลุ่มที่พึ่งตนเองได้สมบูรณ์โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยหรือใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือ 2) กลุ่มที่พึ่งตนเองได้เป็นส่วนมากโดยต้องการอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือจึงจะสามารถทำกิจกรรมได้ และต้องมีผู้ดูแลในการป้องกันความปลอดภัย 3) กลุ่มที่พึ่งตนเองได้เป็นส่วนน้อย โดยสามารถทำกิจกรรมได้มากกว่า ร้อยละ 50 แต่ยังคงอาศัยผู้ดูแลบ้างเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 4) กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ โดยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยกว่า ร้อยละ 50 และต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด ส่วน ทศนีย์ รัชยา (2537) ได้แบ่งระดับของการพึ่งพาของผู้สูงอายุโดยอาศัยเกณฑ์แบ่งระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานไว้ 3 ระดับ คือ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 2) กลุ่มที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด

จะเห็นได้ว่าการแบ่งระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจวัดและประเมินได้จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงปริมาณงานการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบตบสนอง เพื่อการคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ และสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ ปริมาณงานเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล และส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น

1.3 การประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปการประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุจะประเมินจากความสามารถในการทำ หรือได้กระทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ โดยการประเมินจากส่วนของสมรรถภาพที่ด้อยกว่าปกติแต่เนื่องจากไม่สามารถกำหนดเกณฑ์ปกติของสมรรถภาพที่ผิดปกติเหล่านั้นได้ วิธีการที่ใช้กันโดยทั่วไปจึงเป็นการประเมินว่า ผู้สูงอายุสามารถทำ หรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยกิจกรรมที่เชื่อกันทั่วไปคือกิจกรรมที่บุคคลสุขภาพดีโดยทั่วไปสามารถทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living: ADL) แบ่งเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal activity of daily living) และ กิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำเนินชีวิต (Instrument activity of daily living: IADL) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้อาจแตกต่างกัน ตามลักษณะของผู้ได้รับการประเมิน และสภาพสังคมวัฒนธรรม ดังเช่น เครื่องมือประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคาทซ์ (The Katz Index of ADL) ที่ได้เลือกเพียงกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน 6 กิจกรรมมาใช้ในการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร (Katz & Stroud, 1989 อ้างใน เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ในขณะที่ Lawton & Brody cited in Leidy, 1994) ได้เลือกกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมตามแนวคิดของ Katz แต่ได้เพิ่มบางกิจกรรมได้แก่ การจ่ายตลาด การเดินทาง ส่วนกิจกรรมในเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนอื่น ๆ ก็พบว่ามีความแตกต่างกันไป เช่น Kenney Index of ADL (เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539) จะไม่ได้วัดในเรื่อง การใช้สุขา การควบคุมการขับถ่าย แต่เพิ่มการเคลื่อนย้ายออกจากเตียงและ

การเดินทาง ในทำนองเดียวกับมาตรวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ Klein-Bell ADL scale) ก็ไม่ได้วัดกิจกรรมในเรื่องการใช้ห้องสุขา แต่เพิ่มเรื่องการสื่อสาร (Christiansen, Schwarz & Barnes, 1988 อ้างใน เพ็ญลดา, 2539) ส่วน Barthel & Mahoney ได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงขึ้นชื่อว่า Barthel Index ประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น (Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim, 1994) แต่เนื่องจากเครื่องมือทั้งหมดที่กล่าวมาสร้างและใช้สำหรับผู้ป่วยและปรับใช้กับผู้สูงอายุในวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) Jitapunkul, et al. (1994) จึงได้สร้างเครื่องมือสำหรับวัดภาวะทุพพลภาพหรือการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้นโดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน แบบวัดส่วนนี้ได้ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์ธเอล จึงเรียกแบบวัดส่วนนี้ว่า ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Modified Barthel ADL Index: BAI) ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรมเช่นเดียวกับของเดิม แต่มีเกณฑ์ในการให้คะแนนต่างกันทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย ส่วนแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตได้สร้างขึ้นมาใช้เฉพาะผู้สูงอายุคนไทยโดยเฉพาะ มีชื่อว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การถอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

จะเห็นได้ว่าการเลือกกิจกรรม และการให้คะแนนแต่ละกิจกรรมเพื่อประกอบเป็นแบบประเมินนั้นมีความสำคัญ ที่ผู้ใช้เครื่องมือจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับแบบแผนกิจวัตรประจำวันตามวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา สำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงได้พิจารณาเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งถือว่าเป็นการประกอบกิจกรรมขั้นพื้นฐาน โดยการดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุของ Barthel & Mahoney (Barthel Index) ร่วมกับ ดัชนี บาร์ธเอล เอดีแอล (Modified Barthel ADL Index: BAI) ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะสร้างขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างและลักษณะการวิจัยครั้งนี้

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยคู่บทบาทที่สำคัญคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับ ผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ รวมทั้งทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทและความเครียดใน บทบาทด้วย จากที่ได้กล่าวไปแล้วว่าบทบาทเป็นพฤติกรรมในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งบุคคล จำเป็นต้องรู้ว่าตนเองมีบทบาทอะไร และผู้ที่จะปฏิสัมพันธ์ด้วยเป็นใคร เพื่อจะได้ทราบว่าควร แสดงพฤติกรรมอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับบทบาทนั้น พฤติกรรมในการแสดงบทบาท จะผสม ผสานอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การที่บุคคลจะแสดงบทบาทได้ดี จะต้องมีความสามารถ ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งเป็นคุณสมบัติส่วนตัวในการเข้าถึงคู่บทบาท (Hardy & Conway, 1988) ซึ่งจะได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อเป็นแนวทางใน การเข้าใจสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ต่อไป

2.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2534) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะทางสังคม ที่สำคัญของมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะความเครียดเนื่องจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดี จะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคล หรือเครือข่ายสังคม นั่นคือแรงสนับสนุนทาง สังคม ซึ่งช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ดี

Rosenthal (1973) กล่าวว่า สัมพันธภาพเป็นรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คนและผลที่ได้ไม่ใช่สิ่งของแต่เป็นความรู้สึกที่มีต่อกันและกัน

Gay (1961) กล่าวว่า สัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระหว่างบุคคลโดย กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง แล้วรวมกันเข้าเป็นองค์ประกอบของ กระบวนการของความรู้สึกคุ้นเคย และบุคคลที่เกี่ยวข้องจะอยู่ในฐานะบุคคลอันเป็นที่รักของกัน และกัน

โบว์ลบาย (Bowby cited in Jenkins & Westhus, 1981) กล่าวว่า สัมพันธภาพคือ ความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งบุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลอื่นอย่างคงทนถาวรตลอดไป

Schutz (1967) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของบุคคล ทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกหรือลบขึ้นอยู่กับความต้องการระหว่างบุคคล

โฮโรวิทซ์ และ ชินดิลแมน (Horowitz and Shindelman, 1983 cited in Archbold et. al, 1990) อธิบายถึงลักษณะสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุว่าเป็นความรักใคร่ ผูกพันใกล้ชิด ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา การมีการยอมรับซึ่งกันและกันสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

คอบ (Cobb, 1976 อ้างใน สุพิศ ณ เชียงใหม่, 2533) มีแนวคิดว่าลักษณะสัมพันธภาพคู่ (Dyadic Relationship) เป็นการสนับสนุนทางสังคมในบุคคลผู้ต้องการความช่วยเหลือ และบุคคลผู้ให้การช่วยเหลือ โดยคอบกล่าวว่า ข้อมูลข่าวสารเป็นตัวทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้รับการดูแล และส่งผ่านในสภาพการณ์ระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจกัน ดังนั้นการดูแลจึงอาจแสดงออกจากข้อมูลข่าวสารในการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล เมื่อผู้ให้ความช่วยเหลือนั้นเต็มไปด้วยความไว้วางใจ

สวเนียร์ ดันดิพัฒนานันท์ (2522) กล่าวว่า สัมพันธภาพคือการที่บุคคลสองคน หรือมากกว่าสองคนทำความรู้จัก และติดต่อเกี่ยวข้องกันโดยมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน ซึ่งระยะเวลาหนึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปี หลาย ๆ ปี หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและลักษณะของสัมพันธภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่าง พ่อ แม่ ลูก จะมีอยู่ตลอดชีวิต

พิริยา ธราธรพิสุทธิกุล (2529) กล่าวว่า สัมพันธภาพคือความผูกพัน ที่จะทำให้บุคคลผู้ใกล้ชิดมีความรู้สึกปลอดภัยมั่นคง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สัมพันธภาพก็คือ รูปแบบของพฤติกรรมจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้เกิดกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น อาจเกิดขึ้นระหว่างคน 2 คน หรือเป็นกลุ่มคนก็ได้ โดยการพยายามให้ปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน และเกิดความพึงพอใจกัน เพื่อการนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่บุคคลร่วมกันกำหนดไว้ นอกจากนั้นสัมพันธภาพยังเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลพึงให้และได้รับ เป็นทักษะที่บุคคลใช้เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะเครียด



2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ฮอล และ ลินเดย์ (Hall & Lindzey, 1966 อ้างใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530) ได้กล่าวถึงทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซิลลิวน (Harry Stack Sullivan's Theory of Interpersonal Relationships) ไว้ดังนี้ จากแนวความคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพของซิลลิวน เขาเห็นว่าตลอดเวลาที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน และกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยที่สิ่งแวดล้อมนี้จะรวมทั้งบุคคล และสภาพการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของแต่ละบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลอื่นมองเขา และเข้าใจเขามนุษย์มีความปรารถนาพื้นฐาน 2 ประการ คือ ความพอใจ (Satisfactory) และ ความมั่นคง (Security) ซึ่งพื้นฐานทั้ง 2 ประการนี้ จะทำให้บุคคลเกิดมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน

นอกจากนั้นซิลลิวนยังได้กล่าวถึง การพัฒนาบุคลิกภาพตามทัศนะของเขาด้วยการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของชีวิตขึ้นอยู่กับโอกาส และการสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมย่อมพัฒนาบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ แต่ในทางตรงกันข้ามหากในแต่ละขั้นตอนของชีวิตมนุษย์ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น หรือสิ่งแวดล้อม ย่อมทำให้มีปัญหาในการพัฒนาบุคลิกภาพและการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่น ๆ

จากแนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์ที่ซิลลิวนได้กล่าวไว้ เพปเปลว (Peplau, 1962 อ้างใน จินตนา บุญพันธุ์, 2528) มีแนวคิดที่สอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพของซิลลิวน เขามีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีววิทยา สรีรวิทยาและด้านสัมพันธภาพ ซึ่งผลของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ พัฒนามาจากพื้นฐาน การพัฒนาบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารก จวบจนตลอดชีวิตของมนุษย์ พัฒนาการนี้เป็นไปเพื่อให้ชีวิตมีความสุขและมีประโยชน์ บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวล ความรู้สึกเหล่านี้ เกี่ยวข้องกับระดับความปรารถนาที่แต่ละบุคคลกำหนดเอาไว้ บุคคลจะจัดการกับความความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมจึงมีความมุ่งหมายให้ตนเองรู้สึกพอใจ และรู้สึกมั่นคงมากขึ้น อาจเรียกได้ว่า พฤติกรรมการดำรงตนที่แสดงออกนี้เป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตน (George, 1985 อ้างใน อัมพร กุลเวชกิจ, 2539)

จากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซิลลิแวนและเพปพลาวด์กล่าวไว้ว่า จะเห็นได้ว่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังคงสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เกิดขึ้น เพื่อดำรงรักษาตนเองและภาวะสุขภาพจิตที่ดีทั้งของตนเองและบุคคลอื่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นจะดำเนินไปได้ดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้บุคคลที่เป็นคู่บทบาทซึ่งกันและกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พึงพอใจซึ่งกันและกันอีก เช่น ความสนใจในกันและกัน ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความยินดีที่จะแบ่งปันกัน ความยินดีที่จะรับใช้ หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Chickering (Chickering, 1969 อ้างใน พิสิทธิ์ ปทุมบาล, 2533) ได้ศึกษาค้นคว้าลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและพบว่า บุคคลจะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในลักษณะใดนั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิสัมพันธ์พื้นฐาน 2 ประการ คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับความอดทนที่จะอยู่ร่วมกัน และคุณภาพของสัมพันธภาพ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ความอดทนที่จะอยู่ร่วมกัน หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลสามารถยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่นและมีใจกว้างที่จะยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่นได้ การที่บุคคลยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้จึงทำให้บุคคลเกิดความอดทนในสัมพันธภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

2. คุณภาพของสัมพันธภาพ หมายถึง ความสามารถพึ่งตนเอง หรือพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งนำไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกันด้วยความไว้วางใจ การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ตลอดจนการให้และการรับ ซึ่งกล่าวโดยสรุปแล้วคุณภาพของสัมพันธภาพก็คือความจริงใจในการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การให้ความช่วยเหลือโดยมีขอบเขตของความช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความสมดุลย์ของสัมพันธภาพนั่นเอง

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้กล่าวไปแล้ว สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เป็นความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานมาจากความรักใคร่ผูกพัน การดูแลให้การช่วยเหลือ ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพอีกรูปแบบหนึ่งได้แก่สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ ซึ่งมักเกิดขึ้นกับคู่บทบาทในกรณีที่ฝ่ายหนึ่งเป็นฝ่ายให้การช่วยเหลือ และอีกฝ่ายหนึ่งเป็นฝ่ายได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งมีรายละเอียดที่สอดคล้องและมีพื้นฐานมาจากสิ่งเดียวกัน คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้ต้องการการช่วยเหลือ

การที่บุคคลผู้ให้ความช่วยเหลือจะสร้างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือให้เกิดขึ้น และประสบความสำเร็จนั้น ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบพอสรุปได้ ดังนี้ (เศรษฐา ชัยคุณ, 2537)

1. การมีความร่วมรู้สึก (Empathy) คือ การที่ผู้ให้ความช่วยเหลือเข้าใจความรู้สึกของผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างลึกซึ้ง โดยยังคงความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองไว้ได้
2. การยอมรับนับถือ (Respect) คือ การให้เกียรติและยอมรับในความสามารถของผู้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการยอมรับความเป็นบุคคล และเอกลักษณ์ของบุคคลของผู้ได้รับการช่วยเหลือด้วย
3. การแสดงออกอย่างอบอุ่น (Warmth) คือ การที่ผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้ให้การช่วยเหลือมีความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแล ความรักและความเอาใจใส่นี้เป็นเหตุให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือประสบความสำเร็จ เห็นคุณค่าแห่งตนเองได้ในที่สุด
4. การมองเห็นจุดสำคัญอย่างถูกต้อง (Concreteness) คือ การที่ผู้ให้การช่วยเหลือได้ให้การช่วยเหลือ และผู้ได้รับการช่วยเหลือได้รับการตอบสนองได้ถูกต้องตรงกับความต้องการ
5. การมีความซื่อสัตย์จริงใจ (Genuineness) คือ การแสดงความจริงใจอย่างแท้จริงจากส่วนลึกในใจ
6. การเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) คือ การเสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้รับการช่วยเหลือ
7. ความสามารถติดต่อสื่อสาร (Communication) คือ การช่วยเหลือจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน และมีความถูกต้อง

จากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะมีสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือต่อกันนั้น จะต้องประกอบไปด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน นั่นคือ การมีการยอมรับซึ่งกันและกัน และพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์หรือการแสดงออกซึ่งการช่วยเหลือต่อกัน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างบุคคลซึ่งเป็นคู่บทบาทซึ่งกันและกันนั้น เป็นการก่อให้เกิดความพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุนั้น Phillips (1989) ได้เสนอไว้ในบทความ เรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ซึ่งสาระสำคัญของบทความกล่าวถึงการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ พอจะสรุปได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ จะเกิดขึ้นได้นั้นต้องประกอบด้วยการมีการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติหน้าที่การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงการ

มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุนั่นเอง สาระสำคัญในบทความดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพเชิงช่วยเหลือดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงพอจะสรุปเป็นองค์ประกอบของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุได้ 2 ด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ คือ

1. การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ หมายถึง การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ โดยมีพื้นฐานมาจากความรักใคร่ผูกพัน ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ดูแล ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การยอมรับและให้เกียรติ ความสามารถในการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุได้ ซึ่งผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุนั้นจะต้องมีการยอมรับในตัวผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน เพื่อจะได้มีการแสดงบทบาทหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ต่อไป

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อถือไว้วางใจกันอันเป็นพื้นฐานนำไปสู่การยอมรับในที่สุด จึงส่งผลให้มีการติดต่อสัมพันธ์กันมากขึ้น ทำให้เกิดความต้องการที่จะติดต่อสื่อสารกันอยู่เสมอ ซึ่งรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์กันนั้นจะแสดงออกมาในรูปแบบของการมีสัมพันธ์ภาพเชิงช่วยเหลือ การแสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ดี รวมทั้งการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลที่ประกอบด้วยความรัก ความเข้าใจอันดี ความผูกพัน เอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือปกป้อง และการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากการมีภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับบทบาทมากขึ้นไป เป็นเหตุให้มีความยากลำบากในบทบาทของผู้ดูแล เกิดมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ (Archbold, 1980) นอกจากนั้นความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้ามักเกิดขึ้นได้ ถ้าหากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี และมีความขัดแย้งกัน (Williamson & Schulz, 1990; Zarit, 1994; Schmell & Stiehl, 1987 in Lueckenotte, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mui A.C. (1992) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกันระหว่างบุตรที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ เป็นตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

George & Gwyther. (1986) ได้ศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคความจำเสื่อม จำนวน 510 ราย พบว่า ภาวะในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ผู้ดูแลประเมินความพึงพอใจในชีวิตในระดับต่ำ เข้ามีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมน้อย และมีความเครียดอย่างมากเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยด้วย

Wilson (1989) ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 รายโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความยากลำบากในการสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน และการรับรู้ภาวะในการดูแลมีผลกระทบทางลบต่อสุขภาพกาย และจิตใจของผู้ดูแล

Zarit et al. (1980) ศึกษาการรับรู้ภาวะในการดูแลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย พบว่า คู่สมรสและบุตรสาวที่ทำหน้าที่ในการดูแลรับรู้ภาวะในการดูแลในระดับต่ำและไม่แตกต่างกัน

Wallhagen (1992) ศึกษาความยากลำบากและผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 60 ราย โดยการศึกษาพบว่ายังมีความยากลำบากในการดูแลในเรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร การดูแลให้รับประทานยา การทำกิจธุระอื่น ๆ มีแนวโน้มว่าจะเกิดกลุ่มอาการของความเครียดมาก โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตและภาวะซึมเศร้า คือ ความยากลำบากในการตอบสนองของความต้องการส่วนบุคคล

Wood (1991) ศึกษาเชิงปรากฏการณ์ด้วยการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนาน 2 เดือน จำนวน 10 รายเพื่อแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับความหมายของการทำหน้าที่

ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ประกอบด้วย ภรรยา บุตรสาว หลาน สะใภ้ มารดา บุตรชาย และสามี ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลว่า เกิดจากความผูกพันกับผู้ป่วย หรือไม่มีใครอื่นที่จะให้การดูแล กว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า การให้การดูแลเป็นโอกาสที่จะได้แสดงความรักและเอาใจใส่ ซึ่งเป็นความรู้สึกทางบวก แต่ในขณะที่เดียวกันก็ไม่สามารถให้การดูแลได้โดยไม่รู้สึก ขมขื่น ขุ่นเคือง ซึ่งเป็นความรู้สึกทางลบ และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน การกระทำใด ๆ ต้องวางแผนล่วงหน้า ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้เป็น เวลานาน กิจกรรมยามว่างที่เป็นส่วนตัวน้อยลง ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางลบมากที่สุด ประโยค หรือวลีที่พบขณะสัมภาษณ์ คือคำว่า หนักจริง ๆ เหนื่อยล้า และรีบเร่ง ปริมาณเวลาที่ใช้ไปกับการดูแลอยู่ระหว่าง 4-24 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ไม่คิดว่าภาระในการดูแลจะลดลงในอนาคตอันใกล้ ในจำนวนผู้ดูแล 5 ราย ทำงานนอกบ้านด้วย 2 ราย ต้องออกจากงาน ส่วนอีก 1 รายต้องลด จำนวนวันในการทำงานลงเหลือเพียง 2 วันต่อสัปดาห์

Schalech (1989) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรม เช่น การใช้โทรศัพท์ในเรื่องส่วนตัวมากขึ้น ลางานบ่อย ใช้เวลาพักผ่อนไปกับการดูแล พักระหว่างเวลาทำงานนานขึ้น กลับบ้านเร็ว รู้สึก เหนื่อยเกินกว่าที่จะทำงานให้ได้เต็มที่ การเปลี่ยนแปลงการทำงานในลักษณะนี้ พอสรุปได้ว่า การดูแลเป็นการเพิ่มความเครียดในบทบาทให้กับผู้ดูแล จากผลการวิจัยที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็น ประสิทธิภาพของการดูแลทั้งทางบวก และทางลบ ประสิทธิภาพทางด้านลบจะเห็นได้ชัดเจนว่า บทบาทของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อ บทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันทั้งด้านครอบครัว ส่วนตัว อาชีพ และสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดทั้งสิ้น

Goldstein et al. (1981) สัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับ ความเครียดระหว่างการดูแล จำนวน 25 รายส่วนใหญ่เป็นผู้สมรส พี่ หรือน้องสาว มารดาและ บุตรชาย อายุระหว่าง 35-87 ปี ระยะเวลาในการดูแลต่ำกว่า 1 ถึง 25 ปี ส่วนใหญ่ให้เหตุผลใน การต้องดูแลผู้ป่วยว่า เป็นเพราะความรักใคร่ผูกพัน ผลการสัมภาษณ์ พบว่าเวลาและแรงงานที่ ต้องการในการดูแลจะขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีความรับผิดชอบมาก ความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่น ๆ ไม่สามารถจะผลมกลมกลืนกันได้ เช่น ผู้ดูแลราย หนึ่ง เป็นทั้งภรรยา แม่บ้าน ทำงานถึงเวลา และดูแลสามี ให้ข้อมูลว่าไม่สามารถกระทำบทบาท ต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์จึงได้ตัดสินใจลาออกจากงาน เพื่อลดบทบาทโดยเหลือเพียงเป็นแม่บ้าน และผู้ดูแลสามีแต่ก็ประสบปัญหาเกี่ยวกับ ความเครียดทางด้านการเงินของครอบครัว และยอม

รับว่าการดูแลเป็นภาระหนัก และเป็นความเครียด ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนว่า ความต้องการเวลาและแรงงานที่สัมพันธ์กับการดูแล มีความขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง การมีความขัดแย้งระหว่างบทบาท

Klien et al. (1967) สัมภาษณ์ผู้สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง 73 ราย โดยใช้แบบวัดความรู้สึกเป็นทุกข์แบบวัดความตึงเครียดในบทบาทพบว่าร้อยละ 67 แสดงอาการเนื่องจากความเครียด ได้แก่ อาการทางประสาท เหนื่อยล้า ตกใจง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้าง่าย นอกจากนี้ยังมีความคับข้องใจและตึงเครียดจากความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผลการวิจัยสนับสนุนว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับบทบาทของผู้ดูแล นอกจากจะเป็นความขัดแย้งระหว่างบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับครอบครัว อาชีพและสังคมยังเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคล ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยอีกด้วย

Sheehan & Nuttal (1988) ศึกษาอิทธิพลของความขัดแย้งระหว่างบุคคลต่อความเครียด และความผันแปรทางอารมณ์ของผู้ดูแล จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 98 ราย ผลงานวิจัยยืนยันว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นสาเหตุของความเครียดและความผันแปรทางอารมณ์ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีกับผู้สูงอายุ ระดับความเครียด และการตอบสนองทางอารมณ์จะน้อยลงด้วย

Hasselkus (1989) ได้ทำการศึกษาถึง ความหมายของกิจกรรมประจำวันของผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 15 ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ผลการวิจัยสามารถสรุปเป็นความหมายของกิจกรรมประจำวันแต่ละด้าน ซึ่งประกอบด้วย การช่วยผู้สูงอายุในการทำความสะอาดบ้าน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเงิน การดูแลสุขภาพ การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว และการประคับประคองจิตใจ

Mui, A.C. (1992) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ระหว่างชนมืวขาวกับชนมืวดำ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุตรสาวที่เป็นคนมืวดำ และมืวขาวที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 117 และ 464 ตามลำดับ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีบทบาทในการศึกษา พบว่าผู้ดูแลมืวดำมีระดับความเครียดในบทบาทต่ำกว่า ตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมืวดำ

ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ได้รับการดูแล แรงสนับสนุนต่าง ๆ และความต้องการการดูแล ตัว
พยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผิวดำ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพ่อแม่ซึ่ง
เป็นผู้ได้รับการดูแล และความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่การงาน

Miller B. et al. (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ อันได้แก่ เชื้อชาติ ความ
รู้สึกควบคุมอารมณ์ ความรู้ ความชำนาญ กับความเครียดในบทบาทและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้
ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลชาวอเมริกันที่มีเชื้อชาติแอฟริกัน (ผิวดำ) จำนวน 77 คน
และผู้ดูแลที่เป็นภรรยาชาวอเมริกัน (ผิวดำ) จำนวน 138 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึก
ควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ความรู้ความชำนาญของผู้ดูแลมีความ
สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง ตัวพยากรณ์ความเครียดในบทบาทได้ดีที่สุด
คือ ความรู้สึกควบคุมอารมณ์ แม้ว่าผู้ดูแลชาวอเมริกันแอฟริกัน จะมีความซึมเศร้า และ
ความเครียดในบทบาทเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามเขาสรุปว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติไม่มีอิทธิพล
ในการทำนายความเครียดในบทบาทและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ได้ดังแผนภูมิที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

